

A IMPORTÂNCIA, OS CONHECIMENTOS E AS ESTRATÉGIAS DOS DOCENTES DO 1º E 2º CICLOS DO ENSINO BÁSICO FACE À PHDA

Daniela Henriques Lopes

Prova destinada à obtenção do grau de Mestre em Necessidades Educativas
Especiais no Domínio Cognitivo e Motor
Junho de 2016



ISEC - Instituto Superior de Educação e Ciências

ISEC - Instituto Superior de Educação e Ciências

Prova para obtenção do grau de Mestre em Necessidades Educativas
Especiais no Domínio Cognitivo e Motor

**A IMPORTÂNCIA, OS CONHECIMENTOS E AS ESTRATÉGIAS DOS DOCENTES
DO 1º E 2º CICLOS DO ENSINO BÁSICO FACE À PHDA**

Autora: **Daniela Henriques Lopes**

Orientadora: **Professora Doutora Sofia Margarida Campos**

Co-Orientadora: **Professora Doutora Cândida Helena Lopes Alves**

Junho de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação com todo o meu amor aos meus pais que, ao longo do meu percurso de vida, me ensinaram e transmitiram sempre os verdadeiros valores e princípios, sendo através desses ensinamentos que hoje luto por aquilo em que acredito.

Dedico também esta dissertação ao Pedro pela sua compreensão, companheirismo, apoio e ajuda nesta luta para alcançar mais um sonho.

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos os que me ajudaram a concretizar esta dissertação:

- À Professora Doutora Sofia Campos, minha orientadora de Dissertação de Tese de Mestrado, pela disponibilidade, apoio e orientação, a fim de ultrapassar todas as dificuldades.
- À Professora Doutora Cândida Alves, minha co-orientadora de Dissertação de Tese de Mestrado, pelo apoio, ajuda que sempre prestou para conseguir superar muitas dos obstáculos.
- Ao Professor Doutor Francisco Mendes pela ajuda que sempre revelou para me orientar nos momentos mais difíceis, partilha de conhecimentos proporcionados durante os nossos encontros.
- Ao Professor Doutor Manuel Silva, pelas suas sugestões as quais tiveram um impacto positivo na concretização desta dissertação.
- Aos Agrupamentos de Escolas que participaram neste estudo, agradeço a possibilidade de aplicar os questionários, uma vez que sem eles não teria sido possível a realização deste trabalho.
- Um agradecimento muito especial aos meus pais, por acreditarem nas minhas capacidades, pelo apoio incondicional, bem como pelas palavras de incentivo.
- Ao Pedro, muito obrigado pelo encorajamento, pelo apoio absoluto nos momentos mais críticos, pela paciência e compreensão pois sempre acreditou e fez-me acreditar que tudo valia a pena.

A todos e a cada um dirijo o meu agradecimento por tornarem possível a realização da presente dissertação.

RESUMO

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do sistema nervoso central com um quadro sintomático diversificado. Surge na infância e é caracterizada por significativas dificuldades em manter a atenção, impulsividade e hiperatividade. Tendo em conta o contexto profissional e o desafio que esta perturbação representa no contexto de sala de aula, torna-se pertinente saber intervir nestes alunos, de forma adequada, com recurso a estratégias/práticas educativas e comportamentais diversificadas, para que se possa promover o seu sucesso académico.

Através deste trabalho, pretendeu-se: saber quais as perceções dos professores do Ensino Básico em relação aos alunos com PHDA; verificar de que forma a presença de alunos com PHDA pode influenciar a sua intervenção pedagógica, contribuindo deste modo para um maior conhecimento e melhor atendimento de alunos com PHDA nas escolas, naquele nível de ensino. O presente estudo pretende analisar e comparar as perceções, atitudes, conhecimento e estratégias dos professores do 1º e 2º Ciclos em relação às crianças com PHDA.

Optámos pelo questionário, como instrumento de recolha de dados, em virtude de nos parecer o mais adequado ao nosso propósito, uma vez que a sua utilização é feita de uma forma impessoal. A nossa amostra é constituída por 105 professores. O estudo enquadra-se no paradigma de investigação quantitativa, uma vez que necessitamos de proceder a uma apresentação e sistematização de dados que consideramos fiáveis.

Os resultados obtidos demonstraram que, maioritariamente, os professores inquiridos revelaram conhecimentos sobre as causas, características e diagnóstico da PHDA, bem como acerca das possíveis intervenções no contexto de sala de aula e fora da mesma para se intervir em crianças com esta síndrome, através da implementação de um conjunto de estratégias e técnicas pedagógicas que permitirão à criança com PHDA ter melhores respostas de aprendizagem. Verificou-se que os professores procuram adaptar as práticas/estratégias de intervenção, no contexto sala de aula, às características das turmas e dos alunos, mas que o seu próprio perfil enquanto docentes tem significativa importância naquela escolha.

Palavras-Chave: Inclusão; Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção; Alunos; Perceções; Intervenção.

ABSTRACT

The Hyperactivity Disorder Attention Deficit (ADHD) is a disorder of the central nervous system with symptoms very diverse. Appears in childhood and is characterized by significant difficulties in sustaining attention, impulsivity and hyperactivity. Having regard to the professional context and the challenge that this disturbance is in the context of the classroom, it becomes pertinent to know these students intervene, as appropriate, using strategies / behavioral and educational practices diversified, so you can promote your academic success.

Through this work, it was intended: to know which teachers' perceptions of the cycle of basic education in relation to students with ADHD; verify how the presence of students with ADHD may influence their pedagogical intervention. This study aims to analyze and compare the perceptions, attitudes, strategies and effective teaching practices of the 1st and 2nd cycles towards children with ADHD.

In our study we chose the questionnaire as a tool for data collection, due to appear in the most suitable for our purpose, since its use is made of an impersonal way. Through this project, based on action research methodology, our sample consists of 105 teachers.

The results showed that, mainly, the teachers surveyed revealed knowledge about the causes, characteristics and diagnosis of ADHD, as well as about possible interventions in the context of the classroom and outside of it to intervene in children with this syndrome by implementing a set of strategies and teaching techniques that allow the child with ADHD have better answers learning.

Keywords: *Inclusion; Hyperactivity Disorder Attention Deficit; Students; Perceptions; Intervention.*

Abreviaturas e Siglas

AACAP – Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência

APA – Associação Americana de Psiquiatria

APACH – Associação Portuguesa da Criança Hiperativa

CID – Classificação Internacional de Doenças

DEE – Divisão do Ensino Especial

DGEB – Direção Geral do Ensino Básico

DGEBS – Direção Geral do Ensino Básico e Secundário

Dp/Sd – Desvio Padrão

DHDA – Distúrbio de Hiperatividade e Défice de Atenção

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e estatística de transtornos Mentais – versão IV

gl – Geaus de liberdade

KADDS – Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale

LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo

MREE – Medidas do Regime Educativo Especial

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PDA – Perturbação de Défice de Atenção

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

REI – Regular Education Initiative

sig – Nível de significância

SPO – Serviços de Psicologia e Orientação

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

t – Valor do t-test

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – EVOLUÇÃO E PERSPETIVAS ATUAIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL	7
1.1. Da Exclusão à Integração	9
1.2. Da Integração à Inclusão	11
1.3. Inclusão	12
1.4. Breve perspetiva histórica da Educação Especial em Portugal	15
1.5. Enquadramento Legislativo.....	18
1.6. Enquadramento legal dos apoios escolares	22
CAPÍTULO II – A PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO.....	25
2.1. A evolução do conceito	25
2.2. Perspetiva atual da definição do conceito PHDA	29
2.3. Hiperatividade	33
2.4. Etiologia	34
2.5. Prevalências da PHDA	38
2.6. Áreas de funcionamento.....	39
2.6.1. Défice de atenção	39
2.6.2. Impulsividade	42
2.6.3. Hiperatividade	43
2.7. Problemas Associados.....	44
2.7.1. Desempenho escolar.....	47
2.7.2. Desempenho social e comportamental	50
2.7.3. Implicações na vida familiar	52
CAPÍTULO III – DIAGNÓSTICO, AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO	55
3.1. Diagnóstico	56
3.2. Intervenção.....	59
3.2.1. Intervenção em contexto familiar.....	60
3.2.2. Intervenção farmacológica	62
3.2.3. Modificação comportamental.....	65
3.2.4. Modificação cognitivo – comportamental.....	66

3.2.5. Intervenção psicossocial.....	68
3.2.6. Intervenção em contexto escolar	70
3.2.7. Tratamento da PHDA.....	72
3.3. A imprescindibilidade da formação educacional de professores	73
CAPÍTULO IV – A PHDA: ALGUNS ESTUDOS.....	77
CAPÍTULO V – METODOLOGIA.....	87
4.1. Linha Condutora da Investigação.....	88
4.2. A problemática e a questão de partida	89
4.3. Objetivos do estudo.....	90
4.4. Hipóteses	92
4.5. Variáveis e sua operacionalização.....	92
4.5.1. Variáveis dependentes.....	93
4.5.2. Variáveis independentes.....	93
4.6. Tipo de investigação.....	94
4.7. População e amostra.....	96
4.7.1. Caracterização da amostra.....	97
4.8. Instrumentos e recolha de dados	99
4.8.1. Apresentação do questionário	100
4.9. Procedimentos metodológicos.....	102
4.10. Técnicas estatísticas e grau de confiança	103
CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	105
6.1. Análise descritiva dos resultados	105
6.2. Análise inferencial.....	123
6.3. Discussão dos resultados.....	141
6.4. Sensibilização/Formação dos docentes	147
CONCLUSÃO.....	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
LEGISLAÇÃO CONSULTADA	173

Índice de Figuras

Figura 1 - Ciclo vicioso dos problemas escolares de crianças hiperativas.....	50
Figura 2 - Um ciclo de Ação-Reflexão	95

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Critérios diagnósticos DSM-5	30
Tabela 2 - Comparação da PHDA na Infância e Adolescência	53
Tabela 3 - Distribuição da amostra por género, experiência profissional, nível académico, formação académica, idade, localidade e situação profissional.	98
Tabela 4 - Características que levam os docentes a suspeitarem de uma situação de PHDA ...	106
Tabela 5 - Perceção dos professores sobre as causas da PHDA.....	109
Tabela 6 - Profissionais que devem realizar o diagnóstico	112
Tabela 7 - Problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação	114
Tabela 8 - Formas de intervenção mais benéficas.....	116
Tabela 9 - O que pode fazer um(a) professor quando tem uma criança com PHDA na sala de aula.	118
Tabela 10 - Estratégias de intervenção.....	120
Tabela 11 - Resultados do T-Teste do grau de importância da PHDA, em função do género.	123
Tabela 12 - Resultados do T-Teste das causas da PHDA, em função do género	125
Tabela 13 - Resultados do T-Teste dos problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação, em função do género.....	126
Tabela 14 - Resultados do T-Teste das formas de intervenção, em função do género.....	127
Tabela 15 - Resultados do T-Teste sobre o que pode fazer um(a) professor quando tem uma criança com PHDA na sala de aula, em função do género.....	128
Tabela 16 - Resultados do T-Teste sobre as estratégias de intervenção, em função do género.	129
Tabela 17 - Resultados do T-Teste do grau de importância, em função dos ciclos de ensino ..	132

Tabela 18- Resultados do T-Teste dos profissionais que devem realizar o diagnóstico, em função dos ciclos de ensino.....	134
---	-----

Tabela 19- Resultados do T-Teste dos problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação, em função dos ciclos de ensino.....	135
--	-----

Tabela 20- Resultados do T-Teste das formas de intervenção, em função dos ciclos de ensino	136
---	-----

Tabela 21- Resultados do T-Teste relativo à comparação das estratégias a utilizar na sala de aula em função do ciclo de ensino	137
---	-----

Tabela 22- Resultados do T-Teste sobre as estratégias de intervenção, em função do ciclo de ensino	138
---	-----

Tabela 23- Programa de Formação, Metodologia e Avaliação	150
---	-----

INTRODUÇÃO

A presente Dissertação insere-se no âmbito do curso de Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Necessidades Educativas Especiais e tem como objetivo comparar os conhecimentos, perceções e estratégias dos professores do 1º e 2º Ciclos no que concerne à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

A opção pelo tema desta dissertação de mestrado - *Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: a importância, os conhecimentos e as estratégias dos docentes do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico face à PHDA* - deve-se ao facto de se ter consciência de que a realização deste trabalho poderá ser um contributo para se conhecer uma outra face da inclusão de alunos com esta síndrome nas escolas do ensino regular. Por outro lado, porque este é um meio de conhecer a realidade concreta de professores que trabalham com alunos com PHDA, na tentativa de se perceber quais as dificuldades que estes agentes educativos sentem no seu dia-a-dia profissional, quando têm uma criança com esta síndrome incluída na sua sala de aula.

As crianças com PHDA podem apresentar comportamentos disruptivos na sala de aula, prestações abaixo das suas capacidades, dificuldades de aprendizagens específicas, dificuldades de relacionamento com os seus pares, devido ao défice de atenção e à impulsividade. Podem revelar pouca persistência e baixa motivação na realização das atividades devido à sua dificuldade em cumprir regras e ordens. Em função dessas situações, por norma, a criança desenvolve uma baixa autoestima e um baixo autoconceito escolar (Polis, 2008).

Apesar de não existirem “receitas”, nem dois alunos com PHDA iguais, os professores têm de recorrer a uma grande variedade de metodologias de intervenção com base nas necessidades e complexidades de cada caso, a fim de promover uma melhoria significativa das competências sociais, desempenho académico, aumento da autoestima e da autoconfiança do aluno e a diminuição de comportamentos disruptivos. Contudo, esta não será uma tarefa fácil, quando se trabalha com uma heterogeneidade de alunos, o que requer uma grande destreza por parte do professor.

Tendo em conta o papel do professor na sinalização e diagnóstico das crianças com PHDA, é fundamental analisar e compreender as suas perceções, uma vez que

qualquer afastamento das informações verdadeiras poderá levar a consequências quer para o contexto escolar quer para a criança (Ramirez & Shapiro, 2005).

Visando a importância que a PHDA tem vindo a tomar ao longo dos últimos tempos em contexto escolar surgiu o desejo de enveredar por este estudo, em virtude de existirem cada vez mais crianças com esta problemática nas nossas escolas e sobretudo pelo facto de nos últimos anos de trabalho atuar diretamente com algumas delas. Deste modo e de acordo com o tema, pretendemos dar resposta à seguinte questão:

Em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam a importância, conhecimento, diagnóstico e estratégias dos docentes, em relação à PHDA?

Nesta investigação, partimos da própria experiência da investigadora, dos pressupostos resultantes de uma revisão bibliográfica e de uma reflexão empírica, pretendendo assim colaborar para uma melhor clarificação e construção de atitudes e predisposições dos docentes perante o tema em estudo.

A dissertação estrutura-se em duas partes. Neste sentido iremos apresentar uma breve visão do trabalho indicando os aspetos que consideramos fundamentais e mais pertinentes, tratados em cada uma das partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico e a segunda a uma investigação empírica.

Na primeira parte, mais propriamente no primeiro capítulo fazemos uma abordagem da perspetiva histórica da Educação Especial, a sua evolução e legislação em vigor no nosso país.

No segundo capítulo abordamos a evolução do conceito, demonstrando a disparidade ainda existente nos principais manuais de diagnóstico. Foi feita uma breve abordagem às diferentes linhas de explicação da etiologia da PHDA e a sua prevalência. Abordamos também as principais dimensões da PHDA tendo em conta as características apresentadas no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, da American Psychiatric Association (APA, 2000) e os problemas associados a esta problemática.

No terceiro capítulo expomos formas de avaliação, diagnóstico e intervenção, aos níveis psicossocial, escolar, farmacológico, comportamental e cognitivo-comportamental, clarificando a sua especificidade e analisando a eficácia de cada um.

Relativamente ao quarto capítulo será apresentada uma análise das perspetivas e atitudes dos professores face à PHDA e uma síntese das principais investigações e estudos realizados acerca da perceção destes.

Na segunda parte do trabalho, Parte Empírica, procedemos à formulação do problema, da questão de partida, dos objetivos e do tipo de investigação, passando à caracterização da amostra, ao instrumento de recolha de dados e ao questionário, descrevendo os procedimentos de elaboração, conceção e distribuição.

De seguida, procedemos à apresentação, interpretação e discussão dos resultados.

Por último e para finalizar o nosso trabalho, apresentamos a conclusão, bibliografia e os anexos.

Espera-se contribuir, com este trabalho, para uma maior sensibilização dos profissionais da educação, para as questões relacionadas com esta temática, embora conscientes de que a escola ainda não está preparada para responder eficazmente às necessidades das crianças que apresentam tais perturbações.

I Parte – Enquadramento Teórico

CAPÍTULO I – EVOLUÇÃO E PERSPETIVAS ATUAIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

O termo Educação Especial, serviu durante muito tempo para definir um modelo de educação, que coexistia paralelamente com o ensino regular, destinado a um tipo de alunos, a quem era diagnosticado algum problema ou deficiência e, que eram tidos como diferentes dos outros alunos.

O atendimento e serviços prestados processaram - se de formas distintas ao longo dos tempos: evoluiu de uma perspectiva assistencial e de proteção à educação, de iniciativa privada à pública e da segregação à integração (Jimenez, 1997).

Fernandes (2002) refere que no decorrer dos séculos, embora com avanços e recuos, o apoio oferecido às pessoas deficientes foi-se tornando mais compreensivo. Todo este percurso sofreu influências de pensamentos filosóficos, de sentimentos religiosos, da organização política, enfim da própria cultura dos povos, como já referimos anteriormente.

Serra (2008) afirma também que os deficientes foram objeto, desde a antiguidade, de um tratamento especial, desde serem vistos como possuídos pelo demónio, na Idade Média, a serem considerados produto e castigo de transgressões morais, ou loucos ou criminosos a ser internados em hospícios nos séculos XVIII e XIX.

Assim, são vários os autores a referirem que o abandono, a ignorância, o medo e a superstição foram fatores de isolamento das pessoas com deficiência e impedimento para que pudesse haver desenvolvimento das suas possíveis capacidades.

Estudos realizados às atitudes sociais do período anterior à Idade Média comprovam que o problema da existência de indivíduos portadores de deficiência era solucionado com a sua simples eliminação na altura do nascimento ou durante os primeiros anos de vida da criança. Assim, nas sociedades antigas cometia-se infanticídio logo que se verificasse anormalidades nessas crianças (Carvalho & Peixoto, 2000).

Em Junho de 1994, realizou-se uma Conferência Mundial, em Espanha, sobre Necessidades Educativas Especiais, *em prol* da Educação para todos, da qual resultou a “Declaração de Salamanca”, que é um documento norteado pelos princípios de Inclusão e representa um compromisso assumido por todos os países participantes nesta Conferência.

Partindo de um problema comum, que era a educação de crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais e, com base na experiência dos diversos países, no reconhecimento e valorização da diferença, era necessário construir uma base político/pedagógica como garantia de uma escola para todos, uma educação na e para a diversidade, que contemplasse e respeitasse as diferenças e particularidades dos indivíduos.

As escolas devem ajustar-se a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras. Neste conceito devem incluir-se crianças com deficiência ou sobredotadas, crianças da rua ou crianças que trabalhem, crianças de populações nómadas, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais (Declaração de Salamanca, UNESCO, 1994).

No seu texto, é assim reconhecida a necessidade e urgência de garantir a educação para todas as crianças, jovens e adultos com NEE, dentro do sistema regular de educação, a não ser que existam razões que obriguem a proceder de outro modo (Declaração de Salamanca, 1994). Este processo vai implicar uma profunda transformação e reformulação do sistema regular de educação das escolas regulares, capacitando-as para atender todas as crianças, independentemente das suas condições. É neste sentido, que os princípios e orientações contidas neste documento estão relacionados com a urgência de novas conceções sobre educação de alunos com NEE, gestão escolar, formação de pessoal docente, produção de informação e pesquisa, serviços externos de apoio e áreas prioritárias de intervenção.

Cabem às escolas regulares responsabilidades acrescidas no atendimento a crianças com NEE, mas infelizmente continuam a ser insuficientes as estruturas sólidas que sustentem esta ação. Deste modo, o apoio técnico deficitário e o número insuficiente de professores especializados em Educação Especial, bem como a falta de formação do professor do ensino regular são fatores que condicionam o sucesso da integração (Correia, 1999).

A educação de crianças com Necessidades Educativas Especiais tem sofrido inúmeras evoluções ao longo dos tempos. Essa evolução passou por três grandes períodos de ampliação das atitudes em relação às pessoas com deficiência que equivalem a fases distintas da história: a segregação, a integração e a inclusão.

Tendo em conta estas mudanças, achámos por bem desenvolver um capítulo sobre esta temática.

Neste capítulo, o objetivo é perceber, de uma forma breve, o nascimento da Educação Especial numa perspetiva histórica, focando as atitudes sociais face às pessoas com deficiência e a forma como estas eram vistas pela sociedade, desde a antiguidade até aos dias de hoje.

1.1. Da Exclusão à Integração

Durante séculos, a sociedade excluiu as pessoas com deficiência. Na antiga Grécia, em Esparta, anulavam quem não fosse saudável, ou seja, as crianças com deficiência física eram colocadas nas montanhas, e em Roma, atiradas aos rios ou mesmo condenadas à morte aniquilando - os desta forma da sociedade (Correia, 1999).

Na Idade Média, a sociedade dominada pela religião e pelo divino, considerava que a deficiência sucedia da intervenção de forças do demónio e então submetia-a a práticas de exorcismo (Carvalho & Luís, 2000).

Na segunda metade da Idade Média, com o desenvolvimento da religião monoteísta, passa-se a um conceito de deficiência visto como caridade e bondade, considerando as crianças órfãs, os idosos e os cegos protegidos pelos Deuses e pela Igreja, acreditando, os seus benfeitores, que tal feito seria um passaporte para o Céu. A aceitação dos deficientes conhece momentos difíceis aquando do movimento da reforma da igreja, no século XVI, com Lutero. Ele considerava-os pessoas sem deus, pensamento que, durante algum tempo, predominou especialmente nos países que aderiram à religião protestante (Fernandes, 2002).

No século XVI surge a primeira iniciativa para tentar educar pessoas com algum tipo de deficiência. Essa iniciativa é tomada por Pedro Ponce Leon, que ensina a ler e a escrever pessoas surdas. Em 1760, Jean Bonet, inspirado na prática de Pedro Leon abre uma escola para crianças deficientes auditivas e em 1784 uma para crianças invisuais (Ferreira, 2007).

Segundo Silva (2009), no século XVII e XVIII as crianças deficientes eram compradas nos asilos, para posteriormente serem barbaramente mutiladas e abandonadas quando deixavam de ser úteis. Os deficientes mentais eram enviados para prisões, orfanatos e instituições do estado.

No início do século XIX, denota-se já uma grande preocupação com a educação de crianças deficientes. Deste modo, inicia-se o período da institucionalização e “a tentativa de recuperação ou remoldagem (física, fisiológica e psíquica) da criança diferente, com o objetivo de a ajudar, num processo de socialização concebido para eliminar alguns dos seus atributos negativos, reais ou imaginados” (Correia, 1999, p.13).

Ainda neste século, vários são os estudiosos que tentam encontrar métodos de tratamento para este tipo de pessoas, tais como Phillippe Pinel (1745-1826), que alerta para um possível tratamento dos deficientes mentais, e Esquirol (1722-1840) que designa a diferença entre idiotismo e demência. Itard (1774-1836), conhecido como o "pai da Educação Especial", investiu muitos anos de trabalho na recuperação de Victor - o selvagem de Aveyron - criança encontrada nos bosques de Aveyron, na França, possuidor de uma deficiência mental profunda. Todavia, ao fim de cinco anos de trabalho intensivo, passa por uma fase inicial de entusiasmo para outra de desilusão, ao constatar a impossibilidade da cura. Voisin (1830), por sua vez estuda o tipo de educação que as crianças com atraso mental necessitam, apresentando-a na sua obra “Application de la physiologie du cerveau a l'étude des enfants qui necessitent d'une éducation spéciale”. Seguin (1812-1880) realiza também um estudo sobre como educar crianças com deficiência mental (Bautista, 1997).

Nos finais do século XIX, princípios do século XX, a Educação Especial caracteriza-se por um ensino ministrado em escolas especiais, em regime de internato, específicas de cada deficiência. Estas escolas destinam-se ao atendimento de crianças deficientes visuais, auditivas, intelectuais, motoras e posteriormente autistas. No entanto, existiam defensores do sistema integrado, ou seja, apoio prestado a crianças e jovens com problemas educativos especiais, inseridos a tempo total ou parcial em classes regulares, visando desta forma a sua integração familiar, escolar e social. É nesta altura que se começa a formação específica de professores e que se criam as primeiras associações, tais como: a Associação Americana de Instrutores de Cegos e a Associação Americana de Deficiência Mental. No século XX, dá-se origem ao que viríamos a chamar Educação Especial com os trabalhos de Decroly e Maria Montessori, que criou um método assente no princípio da autoeducação (Fernandes, 2002).

Com o avanço científico, inicia-se uma nova etapa: as crianças e jovens deficientes têm o mesmo direito à educação e à igualdade de oportunidades. Neste sentido, defendia-

se que era necessário adaptar métodos de ensino, currículos, recursos humanos e materiais para que cada aluno conseguisse alcançar as metas pretendidas (Silva, 2009).

Neste contexto, o princípio da normalização conduz ao conceito de integração, sendo este último uma consequência do primeiro. Correia (1999, p.19) escreve o seguinte:

... o termo ‘integração’ tem a sua origem no conceito de ‘normalização’ e aproxima-se muito do conceito de ‘meio menos restritivo possível’ que se usa em sentido lato para referir a prática de integrar – física, social e pedagogicamente –, na máxima medida do possível, a criança com NEE na escola regular...

1.2. Da Integração à Inclusão

A integração escolar começa a ser usual nos Estados Unidos da América e nos países do norte da Europa na década de cinquenta e sessenta. Aqui começam a integrar nas classes regulares as crianças e jovens com deficiência, sendo acompanhadas por um professor do ensino especial (Sanches & Teodoro, 2006).

Embora a integração, como forma de preconizar uma educação de qualidade, num meio o menos restritivo possível para as crianças com incapacidade, se tenha já começado a traçar nos anos cinquenta, é a partir da publicação de disposições legais específicas nos diversos países que ela passa a ser um modelo, senão obrigatório, pelo menos sugerido pelos governos (Ferreira, 2007).

Segundo Carvalho e Peixoto (2000), para a integração de alunos com Necessidades Educativas Especiais surgem, nos anos 70, dois documentos fundamentais que vão influenciar decisivamente a Educação Especial: A Public Law 94-142, publicada nos Estados Unidos, em 1975 (lei que contempla direitos iguais para todos os cidadãos em matéria de educação) e o Warnock Report publicado em Inglaterra, no ano de 1978 que, segundo Fernandes (2002), representa um vasto grupo de interesses de diferentes classes profissionais: médicos, psicólogos, diretores de escolas especiais, responsáveis pelos serviços sociais, professores universitários e pais de crianças deficientes. Este último veio atribuir enfoque na aprendizagem escolar de um currículo, ou de um programa, deixando de atribuir tanta importância ao modelo médico e preocupando-se mais com o modelo educativo. Com esta legislação dá-se uma viragem a vários níveis: valoriza-se a educação como forma de mudança e a integração como forma de normalização.

Segundo Fernandes (2002), a lei americana (PL 94-142) pretende chamar a atenção para a necessidade de elaborar um plano individualizado de ensino para todas as crianças, o que pressupõe o direito de todos à escolaridade, com utilização diferenciada de recursos para atingir o melhor desenvolvimento possível. Estas crianças têm assim direito a ter mais recursos, quer a nível pessoal, quer a nível de tempo e de dinheiro, por necessitarem de ajuda adicional para poderem ter os mesmos resultados dos seus pares. Bairrão (1998) complementa, referindo que esta lei vai apresentar quatro componentes principais do ensino integrado: o direito a uma educação pública adequada; o direito a uma avaliação justa e não discriminatória, implicando a existência de instrumentos de avaliação adequados sob o ponto de vista linguístico, cultural e psicométrico; o direito dos pais poderem reivindicar caso as recomendações da integração não forem observadas; o estabelecimento de um Plano Educativo Individual.

Desta forma, a escola regular surge como um modelo social aberto à diversidade e à diferença, onde a normalização é um objetivo a alcançar para qualquer pessoa diferente. Podemos dizer que a criança com Necessidades Educativas Especiais deve ser educada no meio menos restritivo possível e que responda satisfatoriamente às suas necessidades educativas, fornecendo-lhe o apoio educativo indispensável à superação do seu problema (Baptista, 2011; Carvalho, 2000; Correia, 2006; Fernandes, 2002; Lopes, 1997; Veiga et al., 2000).

1.3. Inclusão

(...) quando uma criança com NEES é meramente colocada numa classe regular sem os serviços e apoios de que necessita e/ou quando se espera que o professor do ensino regular responda a todas as necessidades dessa mesma criança, sem apoio de especialistas, isso não é inclusão. Nem é Educação especial ou educação regular apropriada – é educação irresponsável (...) (Correia, 2008, p.13).

O termo “incluir” começa a surgir, representando um passo mais além do que era possível no processo integrador. Fala-se de “incluir” porque já não basta que os alunos com NEE estejam integrados: torna-se necessário que estejam juntos com os demais alunos para poderem evoluir numa escola que deve ser de todos e para todos.

Não basta que os alunos estejam na escola de ensino regular, pois devem participar na vida académica e social. São princípios como estes que levam a que a integração

comece a diluir-se e surja um termo mais abrangente. Inclusão significa inserir, envolver, fazer parte de, partilhar, aceitar as diferenças, valorizar a diversidade.

“Incluir” está muito para além da mera inserção de alunos com NEE na escola de ensino regular: implica sentido de pertença a um grupo, ter direito a coabitar nos diversos espaços sociais e interagir com todos (Serrano & Correia, 2005; DGIDC, 2008).

O movimento *Regular Education Initiative* (REI) defendido por Will (1986) citado por Lieberman (2003), dá lugar ao princípio da inclusão. O conceito de inclusão insere-se na mudança de paradigma relativamente às NEE. Como já referido, o tradicional conceito baseado no modelo médico é abandonado, passando a realçar-se o modelo social em que assenta. A causa decisiva dos problemas das pessoas com NEE advém da forma como a sociedade os enfrenta.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU; 1948), diz-nos no art.º 26 que:

Todos têm direito à educação (...). A educação deve ser direcionada para o completo desenvolvimento da personalidade humana e o fortalecimento do respeito dos direitos humanos e liberdades fundamentais.

A inclusão pressupõe para além do acesso físico e social, o acesso académico de forma partilhada com os alunos sem NEE. Defende-se que o conceito de inclusão deve, no entanto, ser flexível, pois a permanência a tempo inteiro na classe regular de ensino pode não ser a modalidade mais eficaz.

Os serviços educativos incluem tarefas que envolvam a comunidade com vista ao desenvolvimento de aptidões inerentes ao seu quotidiano. O aluno deve ser visto como um todo e não apenas ao nível do seu desempenho académico, apelando a uma escola que perspetive a “criança-todo” e não só a “criança-aluno”, ou seja, que respeite os três níveis de desenvolvimento essenciais: académico, sócio emocional e pessoal (Correia, 2003).

Correia (1999, p.34) define como inclusão a “ inserção do aluno na classe regular, onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos, adequados, contando-se, para esse fim, com o apoio apropriado (e.g., de outros técnicos, pais, etc.) às suas características e necessidades”.

Segundo este autor, os princípios fundamentais da escola inclusiva assentam em três níveis: socio emocional, académico e pessoal, de forma a garantir uma educação adequada e encaminhada para maximizar o potencial de cada um.

Desta forma, a inclusão assenta em dois princípios fundamentais: um deles refere-se à eliminação de barreiras que não promovam a aprendizagem com sucesso; o outro na forma de encontrar respostas adequadas para as necessidades de cada um, isto é, a escola tem que conceber oportunidades de aprendizagem que permitam responder às necessidades de todos os alunos (Correia, 2006).

Segundo Kauffman (2007), existem os defensores da inclusão total que advogam que as crianças, numa sala de aula regular alcançam ganhos educacionais e sociais muito significativos, acabando por conseguir adquirir um bom nível de aprendizagens, de comunicação e interação com os seus pares. Por sua vez, existem também os defensores de um contexto alternativo, que consideram que as salas de aula regular não conseguem ensinar todos os alunos, sendo necessário definir programas alternativos ministrados pelos professores do ensino especial.

Podemos então referir que a Escola Inclusiva se enquadra no princípio de igualdade de oportunidades educativas e sociais a todos os alunos. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantirem um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de boa reorganização escolar, de estratégias pedagógicas e da utilização de recursos (Correia, 2010).

Para Stainback e Stainback, citado por Correia (2010, p.63), a escola inclusiva é “aquela que educa todos os alunos dentro de um único sistema, com o compromisso de lhes proporcionar programas educativos adequados às suas capacidades e apoios, tanto para professores como para alunos em função das suas necessidades”.

Segundo a perspetiva da escola inclusiva, é a escola que se deve moldar às características e necessidades dos alunos, e não o contrário. As escolas devem trabalhar de uma forma mais inclusiva, prezando a identidade e a autonomia de cada um (César, 2003).

Uma escola inclusiva deve ter presente um conjunto de pressupostos capazes de promover o sucesso de todos os seus alunos, que segundo o *Working Forum on Inclusive Schools* (1994), citado por Correia (2003, p. 30), são os seguintes:

Um sentido de comunidade e de responsabilidade, uma liderança crente e eficaz, padrões de qualidade elevados, colaboração e cooperação, mudança de papéis por parte de educadores, professores e demais profissionais de educação, disponibilidade de serviços, criação de parcerias, designadamente com os pais, ambientes de aprendizagem flexíveis, estratégias de aprendizagem baseadas na investigação, novas formas de avaliação, desenvolvimento profissional continuado e participação total.

O direito à inclusão sucede, como um princípio fundamental intrínseco, ao exercício da cidadania, promovendo a coesão e o desenvolvimento da sociedade. Para fomentar os processos de inclusão serão necessárias formações, espaços a transformar, recursos a adquirir, vontades a mobilizar e o estabelecimento de parcerias.

O ensino inclusivo faz sentido, é um direito básico, não é algo que alguém tenha que conquistar (Stainback, 1999). Ainda, segundo o mesmo autor (1999, p. 27),

quando as escolas incluem os alunos, a igualdade é respeitada e promovida como um valor na sociedade, com os resultados visíveis da paz social e da cooperação.

1.4. Breve perspetiva histórica da Educação Especial em Portugal

O conceito de educação especial esteve sempre associado à diferença, quer das pessoas, das atitudes e dos métodos utilizados. O termo tem sido vulgarmente utilizado para designar uma atividade educativa diferente da exercida no sistema educativo geral ou normal, “configura-se como a modalidade educativa dedicada àquelas pessoas que não podem seguir transitoriamente ou permanentemente o sistema educativo em condições normais” (Lopes, 1997, p.34).

A este propósito, Lopes (1997, p.34) refere-nos que, a educação especial é um processo integrador, flexível e dinâmico nas orientações, atividades e atenções, que na sua aplicação individualizada compreende os diferentes níveis e graus nas suas respetivas modalidades e que, os alunos são encaminhados a conseguir a integração social.

Reconhecido isto, a modalidade de educação especial, atribuída às crianças e jovens com NEE, em consequência de deficiência, viria a alterar-se com o parecer nº3/99 do Conselho Nacional de Educação, perante o conceito mais vasto de NEE, que não se circunscreve a essas situações, antes se alarga a todos os tipos de dificuldades de aprendizagem. Atualmente, a educação especial deve ser vista como

um conjunto de recursos humanos e materiais postos à disposição do sistema educativo, para que este possa responder adequadamente às necessidades que, de forma transitória ou permanente, possam apresentar alguns dos alunos (Bautista, 1997, p. 10).

A PHDA não é uma doença dos tempos modernos e já foi conhecida, historicamente por mais de 25 designações (Fernandes, 2001). As primeiras referências a

indivíduos com problemas de desatenção, hiperatividade e impulsividade datam da Renascença, quando Shakespeare fez menção ao “défice de atenção” numa das suas personagens em Henrique VIII (Moreira, 2009).

Lopes (2009), citando Lopes (2004), refere que dos anos 70 até aos anos 80, muitas pesquisas foram realizadas sobre as características da PHDA, pelo que esta se tornou um dos maiores alvos dos estudos psiquiátricos na infância. Tendo em consideração as investigações efetuadas, a APA (Associação Americana de Psiquiatria), apresenta em 1980 novos critérios de diagnóstico (DSM-III) e cria subtipos de “Perturbação de Défice de Atenção” (PDA): PDA com Hiperatividade; PDA sem Hiperatividade e PDA residual (subtipo com contornos pouco definidos).

A Educação Especial, em Portugal, começa a ter as primeiras atuações na segunda metade do século XIX, incidindo em duas vertentes: uma de cariz assistencial, caracterizada pela criação de asilos e a outra de cariz educativo, com a criação de institutos para cegos e surdos (Lopes, 1997).

Num panorama evolutivo, podemos dizer que o primeiro impulso no nosso país foi dado por José António Freitas Rego, em 1822, ao formular um pedido ao rei D. João VI no sentido de serem educadas crianças cegas e surdas no nosso país. O rei contrata Aron Borg para organizar um Instituto de Surdos e Cegos. Passada uma década, em 1863, é fundado o Asilo de Cegos de Nossa Senhora da Esperança que começa por acolher cegos e idosos e posteriormente recebe crianças e adolescentes.

Mais tarde, em 1971, é criada a primeira casa de detenção e correção para menores delinquentes. Passadas duas décadas e meia surge em Lisboa o Asilo Escola António Feliciano de Castilho (Fernandes, 2002).

No seguimento da criação de escolas para surdos, dá-se em 1913, um grande passo na criação dos primeiros cursos de especialização de professores, sob a iniciativa do pedagogo António Aurélio da Costa Ferreira (Sanches, 1995).

Em 1916, é fundado um Instituto, que posteriormente vem a ter o nome de António Aurélio da Costa Ferreira, com o objetivo de observar e ensinar alunos da Casa Pia que apresentassem problemas mentais.

Em 1926, este Instituto, passa a ser posse do Ministério da Tutela e em 1942 trabalha em cooperação com o Instituto Aurélio da Costa Ferreira impulsionando a educação de deficientes mentais e motores no nosso país. Em 1945, com a publicação do Decreto-lei nº 35401 de 27 de dezembro, são diferenciadas novas funções, tais como:

Dispensário de Higiene Mental Infantil, formação de técnicos e docentes e fomentação de estudos nos campos psicossocial e médico-pedagógico (Fernandes, 2002).

É neste contexto que emerge um novo Decreto-Lei a 3 de agosto de 1946, que estabelece a criação das primeiras classes especiais, junto das escolas primárias, acabando por marcar uma etapa importante na história do Ensino Especial. As classes especiais destinavam-se, inicialmente a crianças com deficiência mental e posteriormente, a crianças com incapacidade escolar e debilidades ligeiras. A instituição que nessa época tinha a missão de orientar essas classes e proceder à formação dos seus professores era a Instituição António Aurélio (Lopes, 1997).

Na segunda metade do século XX, mais precisamente na década de sessenta, houve uma forte intervenção de natureza pública. É a partir da revolução dos cravos que começam a ser criadas inúmeras escolas do tipo particular e cooperativo, tendo como objetivo fornecer assistência a pessoas com deficiência mental, que eram aquelas que até à data tinham recebido menos apoio. Deste modo, são criados os primeiros centros de educação especial e de observação. Realizam-se os primeiros programas de formação especializada de professores, fora do âmbito do Ministério da Educação. Nos anos setenta, o Ministério da Educação começa a assumir progressivamente o setor da Educação Especial criando as divisões do Ensino Especial dos Ensinos Básico e Secundário e abrindo caminho para a integração escolar. Surgem as Equipas de Educação Especial que tinham como objetivo promover a integração familiar, social e escolar das crianças e jovens deficientes motores e sensoriais, com capacidade para acompanhar os currículos escolares.

Algum tempo mais tarde, este apoio passa também a ser dado a crianças com deficiência mental (Bairrão, 1998; Kauffman, 2007).

A integração de crianças com deficiência nas estruturas regulares é possibilitada pela reforma de 1973 que, conjuntamente com transformações que aparecem após o 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976, são a base orientadora das leis que regem a Educação Especial em Portugal (Fernandes, 2002).

A inclusão plena, em Portugal, acontece então já nos finais da década de oitenta.

1.5. Enquadramento Legislativo

À semelhança de toda a Europa, a Educação Especial em Portugal evoluiu também de uma perspetiva segregadora, para uma perspetiva integradora, no que respeita ao enquadramento legal fez também um percurso lento, embora por vezes pioneiro.

Os progressos verificados na Educação Especial estão inteiramente ligados à democraticidade do ensino, à semelhança dos outros países. Após o 25 de Abril de 1974, a ideia de integração passa a ser uma realidade incontornável, estando de acordo com os ideais e movimentos internacionais que se manifestaram através do Warnock Report (Veiga et al., 2000).

Durante a década de setenta vários foram os decretos publicados, no sentido de integrar crianças com deficiência nas escolas. O Decreto-Lei n.º 174/77 define condições especiais de matrícula para alunos com deficiência, o Decreto-Lei n.º 538/79, estabelece que as crianças com incapacidade comprovada podiam ser dispensadas até ao fim da escolaridade obrigatória da frequência ou matrícula, desde que houvesse a comprovação médica da incapacidade e a Lei n.º 6/79 de outubro define os princípios orientadores da Educação Especial, quer a nível da organização estrutural, quer a nível de objetivos que lhe deviam servir de estrutura.

Veiga Simão, então ministro da Educação, apresentou publicamente as linhas gerais do seu projeto, que previa a expansão e modernização do sistema educativo português. Esta reforma de Veiga Simão, incorpora pela primeira vez nos objetivos da educação em geral, o atendimento educativo de crianças deficientes.

Com a lei n.º 5 de 25 de junho de 1973, prevê “proporcionar às crianças deficientes e inadaptadas, bem como às precoces, condições adequadas ao desenvolvimento educativo”.

Ainda em 1973, a lei n.º 44/73 de 12 de fevereiro, cria As Direções Gerais do Ensino Básico e Secundário (DGEB) e (DGES) e a lei n.º 45/73 de 12 de março cria a divisão do ensino especial (DEE). Compete a estas divisões responsabilidades na organização de estruturas educativas para deficientes ou inadaptados, incluindo a especialização de professores.

Esta reforma vem revolucionar o contexto educativo da época, na medida em que promove a democratização do ensino, defendendo a igualdade de oportunidades, e o

inalienável direito à educação, intensificando a criação de classes regulares como resposta preferencial para todas as crianças.

No início desta época existiam nas diversas escolas salas de apoio permanente para onde eram encaminhados os alunos que saíam das classes regulares às quais era ministrado o ensino individualizado.

Em meados da década de oitenta, começa a haver uma grande transformação na conceção de educação integradora e é então publicada a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º46/86 de 14 de outubro) que vem revolucionar o sistema educativo em Portugal, com várias repercussões ao nível do atendimento dos alunos com necessidades educativas especiais. A Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) define como um dos objetivos “assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, designadamente a deficiência física e mental, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades.” (artigo 7.º).

Esta Lei estabelece grandiosas metas para a educação em geral e a integração da educação especial no sistema educativo nacional.

No artigo 17.º define os objetivos da Educação Especial, integrando atividades direcionadas às famílias, educandos, educadores e comunidade.

No artigo 18.º refere que “a escolaridade básica para crianças e jovens deficientes deve ter currículos e programas devidamente adaptados às características de cada tipo e grau de incapacidade.”

Tendo em conta os objetivos e os princípios consagrados na Lei de Bases do Sistema Educativo, surge o Despacho Conjunto 38/SEAM/SERE/88 que cria as equipas da Educação Especial. Passado um ano, emerge o Decreto-Lei n.º 43/89, de 3 de fevereiro que define o regime jurídico da autonomia da escola do 2º e 3º Ciclos dos Ensinos Básico e Secundário e confere competências às escolas no âmbito da orientação e acompanhamento dos alunos.

No artigo 11.º deste mesmo decreto refere “...encaminhar alunos com comportamentos que perturbam o funcionamento adequado da escola para serviços de apoio especializado, ouvindo os encarregados de educação (...)”.

No mesmo ano, aparece o Decreto-Lei n.º 286/89, de 29 de agosto que determina o “acompanhamento do aluno, individual ou mesmo em grupo ao longo do processo educativo, bem como o apoio no processo de escolha do seu projeto de vida, é garantido pelos serviços de psicologia e orientação escolar (artigo 11.º).

Neste contexto de mudanças, surge para além do Decreto – Lei n.º35/90 outra grande alteração produzida pelo Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto que vem legitimar a responsabilização da escola regular na educação de crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais, vem regulamentar e operacionalizar as orientações decorrentes do desenvolvimento da Lei de Bases do Sistema Educativo, estabelecendo o regime educativo dos alunos com NEE.

Um ano depois surge o Decreto-Lei n.º 190/91, de 17 de maio, que reconhece a importância dos Serviços de Psicologia e Orientação (SPO) no acompanhamento da vida escolar, promovendo o reconhecimento da identidade pessoal e a criação de um projeto de vida próprio.

A portaria n.º61/63, de 29 de junho, vem regulamentar o disposto no artigo do decreto-lei nº319/91, no que respeita a educação pré-escolar, concretamente as medidas do regime educativo especial, que se aplicam às crianças com NEE que frequentam os jardins-de-infância da Rede Pública.

A legislação referenciada está estreitamente ligada ao docente de apoio educativo, na medida em que este deve proceder à avaliação educacional da situação educativa do aluno com NEE, para que lhe seja implementada a Medida ou Medidas do Regime Educativo Especial (MREE).

É nesta linha de evolução legislativa que, em 1997, o Despacho conjunto n.º 105/97 vem estabelecer o regime aplicável à prestação de serviços de apoio educativo às crianças com NEE; visando contribuir para a igualdade de oportunidades; promover a existência de condições nas escolas para a integração socioeducativa destas crianças e, apontando para a colocação de professores especializados.

Este despacho terá sido muito importante na promoção e consolidação da Escola Inclusiva. Extinguiu as equipas de Educação Especial e criou as equipas de coordenação dos apoios educativos.

Até à altura da implementação do Despacho Conjunto n.º 105/97, os apoios educativos eram apoios diretos e individualizados, a cargo dos professores de ensino especial, destacando-se as Equipas de Educação Especial. Com o Despacho Conjunto n.º 105/97 os apoios tornaram-se mais abrangentes e passou a ser da competência do professor de apoio educativo “prestar apoio educativo à escola no seu conjunto, ao professor, ao aluno e à família, na organização e gestão dos recursos e medidas diferenciadas a introduzir no processo de ensino-aprendizagem” (alínea a) do ponto 3).

Um ano mais tarde, surge o Decreto-Lei n.º 115-A/98, de 4 de maio, que proporcionou autonomia às escolas na gestão do processo educativo e na organização do seu funcionamento.

Em 2001, entra em vigor o Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro, que propõe alguns princípios orientadores da organização e da gestão do ensino básico, bem como o processo de desenvolvimento curricular nacional e a avaliação das aprendizagens.

É com este Decreto-Lei que surge, na legislação portuguesa, o conceito de Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente, sendo considerados os alunos “que apresentem incapacidade ou incapacidades que se reflitam numa ou mais áreas de realização de aprendizagens, resultantes de deficiências de ordem sensorial, motora ou mental, de perturbações da fala e da linguagem, de perturbações graves da personalidade” (artigo 10.º).

A mais recente publicação sobre o Ensino Especial é o Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, que vem substituir o Decreto-Lei n.º 319/91. Este decreto define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos setores público, particular cooperativo ou solidário (artigo 1.º); visa a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com deficiências ou incapacidades (artigo 1.º); define como objetivos da educação especial a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativos, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional. (artigo 2.º); define os direitos e deveres dos pais/encarregados de educação no exercício do poder paternal e introduz os procedimentos a ter no caso em que estas não exerçam o seu direito de participação. (artigo 3.º); estabelece como medidas educativas de educação especial: apoio pedagógico personalizado; adequações curriculares individuais; adequações no processo de matrícula; adequações no processo de avaliação; currículo específico individual; tecnologias de apoio (artigo 16.º); prevê a introdução de áreas curriculares específicas que não fazem parte da estrutura curricular comum, entre outras, a leitura e escrita em Braille, a orientação e mobilidade, o treino de visão, a atividade motora adaptada, (artigo 18.º); introduz o Plano Individual de Transição no caso dos jovens cujas necessidades educativas os impeçam de adquirir as aprendizagens e competências definidas no currículo comum. (artigo 14.º).

Neste âmbito, e segundo Correia (2008), a Educação Especial e a Inclusão, caminhando lado a lado, serão o garante dos direitos fundamentais dos alunos com NEE e das situações de aprendizagem que um dia os conduzirão a uma vida social harmoniosa, produtiva e autónoma.

1.6. Enquadramento legal dos apoios escolares

A PHDA terá sempre algum tipo de consequência no meio escolar sem impedir, no entanto, a aprendizagem e o sucesso escolar das crianças. As consequências são muito variáveis de criança para criança. A preocupação de muitos pais e professores fundamenta-se em saber o que fazer para melhorar o desempenho escolar (Neto, 2014).

De acordo com o Despacho Normativo n.º 24-A/2012, este é um enquadramento legal disponível, o qual substitui o Despacho Normativo n.º 50/2005. Este documento possibilita que as escolas, autonomamente, promovam medidas de promoção do êxito escolar, que incluem: medidas de apoio ao estudo que garantam um acompanhamento mais específico, de acordo com as dificuldades do aluno; estudo acompanhado (no 1º Ciclo), para ajudar os alunos na criação de estratégias de estudo e de trabalho. Estas medidas podem ser desenvolvidas pelos professores e não exigem um diagnóstico clínico de PHDA (Neto, 2014).

Outro documento disponível é o Decreto-Lei n.º3/2008, podendo a aplicação ser recomendada pela equipa clínica que acompanha a criança. Esta legislação estabelece os apoios especializados e a criação de condições que adequem o processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos, como é o caso da PHDA. A lei prevê que a referenciação seja realizada por iniciativa dos pais ou encarregados de educação, dos docentes ou de outros técnicos que acompanhem a criança (Idem).

A referenciação é feita aos órgãos de administração e gestão das escolas ou agrupamentos, perante um documento onde se pormenorizam as razões que referenciam a situação, anexando os referidos documentos comprovativos.

De acordo com esta legislação, as medidas educativas a serem estabelecidas no âmbito da adequação do processo de ensino e de aprendizagem podem ser: *apoio pedagógico personalizado*, com a implementação de estratégias, assim como o desenvolvimento de competências específicas; *adequações curriculares individuais*, têm

por base o currículo comum, devem respeitar as orientações curriculares; *adequações no processo de matrícula*, como por exemplo, beneficiar de adiamento de matrícula no 1º ano de escolaridade. *Adequações no processo de avaliação*, isto é, adequar o tipo de provas ou instrumentos de avaliação; *currículo específico individual* para os casos onde se justifiquem alterações significativas no currículo, poderá existir alterações quanto ao nível dos objetivos e conteúdos apresentados; *tecnologias de apoio* com o uso de dispositivos facilitadores (Neto, 2014).

CAPÍTULO II – A PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é um dos distúrbios mais estudado ao longo do tempo. As crianças com esta perturbação apresentam dificuldades a nível da atenção, são particularmente impulsivas e demonstram uma atividade exagerada.

O conceito da PHDA, inicialmente, surgiu como uma perturbação associada à Disfunção Cerebral Mínima. Foi depois abandonada essa opinião e começou a centrar-se nos aspetos comportamentais e psicológicos das crianças.

Neste contexto, um dos objetivos do presente capítulo é desenvolver uma maior compreensão da definição da PHDA. Para isso, recorreremos a uma perspetiva diacrónica que pretende reconstituir a evolução do conceito, desde os seus limiares até aos dias de hoje.

Um outro objetivo prende-se com as causas da PHDA, pois têm vindo a ser desenvolvidas diversas teorias para as explicar. Uma têm sido aceites por parte da ciência e outras têm sido recusadas por não terem mérito.

Ao longo deste capítulo ainda falaremos da prevalência da PHDA, das áreas de funcionamento e dos problemas associados.

2.1. A evolução do conceito

A hiperatividade, apesar de não ser muito divulgada, não é recente. Durante todo o século XX fez-se investigação e estudo para uma melhor compreensão desta síndrome.

Segundo Barkley (2002), as primeiras referências relativas à hiperatividade, designada como DHDA, remontam a 1800.

De acordo com Bender (1942, citado por Lopes, 2004), essas descrições faziam referência à agitação, impulsividade, dificuldades na concentração e atividade motora excessiva em crianças mentalmente atrasadas ou com problemas neurológicos graves. Estes sintomas eram atribuídos a traumas neurológicos específicos, como lesões cerebrais ou doenças como infeção do sistema nervoso central.

Durante as décadas de 30 e 40, os investigadores pensavam que desde que as modificações do comportamento fossem acompanhadas de doença ou trauma neurológico conhecido, qualquer criança que exibisse o conjunto dos sintomas de comportamento referenciados devia também ter algum problema neurológico (Strauss & Lehtinen, 1947; Werner & Strauss, 1941, cit in Barkley, 2002).

Este argumento ganhou gradualmente aceitação. Tornou-se comum assumir que a criança que revelava hiperatividade sofria de lesão cerebral moderada e difusa ou de anomalias neurológicas, mesmo na ausência de evidência neurológica. Nas décadas de 60 e 70, o conjunto de sintomas de comportamento era muitas vezes designado por disfunção cerebral mínima (Clements & Peters, 1962, cit in Barkley, 2002).

Apesar da ampla aceitação de uma base neurológica da hiperatividade, não existiam provas consistentes para apoiar a conclusão de que esta era a consequência de uma lesão estrutural ou de anomalias no sistema nervoso central.

Benciiz (2000) e Lopes (1998) nas suas pesquisas sobre os sintomas que eram apresentados por alguns indivíduos com um carácter mais ofensivo, tais como: agressividade, baixos níveis de atenção, “inibição volitiva”, hiperatividade, problemas de aprendizagem, desonestidade e crueldade, conclui que tais crianças apresentavam uma “deficiência do controlo moral”. Este autor estava convicto de que a origem destes sintomas tinha como base deficiência biológica que estaria associada a problemas pré e pós-natais (op. cit.). O termo apresentado por estes autores acabou por ser substituído pelo termo “Disfunção cerebral mínima” sugerido por Tredgold e este manteve-se durante muito tempo (Neto, 2010).

A conclusão a retirar destes estudos é a de que a validade de uma síndrome de disfunção cerebral mínima específica caracterizada por problemas de comportamento, como os hiperativos, nunca foi demonstrada.

No início da década de 60, as crianças com este conjunto de comportamentos, que exibissem principalmente problemas de aprendizagem, eram designadas crianças com dificuldades específicas de aprendizagem (Kirk & Bateman, 1962, citados por Lopes, 2004). Ao mesmo tempo, as crianças que revelassem principalmente perturbações da conduta e do comportamento eram designadas hiperativas.

À medida que a insatisfação com a expressão de disfunção cerebral mínima aumentava, surgiu o conceito de “Síndrome hiperativo da criança”, descrito nos trabalhos clássicos de Laufer e Denhoff (1960, citado por Lopes, 2004).

No início dos anos 70, desenvolveu-se um desencanto com a incidência exclusiva sobre a hiperatividade como a condição *sine qua non* desta perturbação (Werry & Sprague, 1970, cit in Lopes, 2004).

O contributo de Virgínia Douglas (1972, citada por Barkley, 2002) foi significativo, pois veio a demonstrar que os défices em manter a atenção e o controlo do impulso eram mais responsáveis pelas dificuldades observadas nestas crianças do que a hiperatividade.

Douglas verificou o extremo grau de variabilidade, demonstrado, durante a performance da tarefa levada a cabo por estas crianças, uma característica que foi mais tarde avançada como determinante da perturbação.

Douglas descreveu quatro possíveis défices como responsáveis pelos sintomas de PHDA:

- défices no investimento, organização e manutenção da atenção e esforço;
- incapacidade em inibir as respostas impulsivas;
- incapacidade em regular os níveis de atividade para fazer face às situações;
- predisposição inabitual para procurar reforço imediato.

Estes défices principais interagem com défices secundários, como motivação fraca e dificuldades metacognitivas, contribuindo para um rendimento escolar fraco nas crianças hiperativas, normalmente inteligentes.

A comunicação de Douglas foi tão influente que esteve na origem da perturbação ser redefinida como Perturbação com Défice de Atenção, em 1980, com a publicação do DSM-III. Nesta revisão, os défices na manutenção da atenção e no controle do impulso eram agora formalmente reconhecidos como de maior significado no diagnóstico relativamente à hiperatividade.

O início deste período foi marcado pela publicação do DSM-III, pela Associação de Psiquiatria Americana (1980), e a sua reconcetualização radical da perturbação em relação ao DSM-II, que incluía a categoria de “Reação Hiperkinética da Infância”. A década de 90, foi caracterizada pela publicação do ICD-10 (World Health Organization, 1990) e pelo DSM-IV-TR (2002).

Podemos dizer que esta década foi muito rica em pesquisas e um dos maiores contributos deve-se à opinião de que o DHDA não é um distúrbio de atenção verificando-se que fatores instrutivos e motivacionais influenciam a presença e o grau de sintomas do DHDA. Algumas investigações inclinam-se para uma possível alteração nos mecanismos de funcionamento dos “outputs” nas crianças com DHDA.

Segundo Sergeant (1988) citado por Lopes (1998), o défice de atenção não assenta a nível do processo de atenção, mas sim a nível do mecanismo de regulação energética do controlo motor. Douglas, que tinha sido o defensor do modelo do défice de atenção, refere que os reforços podem atuar de maneira diferente nestas crianças.

Em 1987 o DSM-III é revisto e na nova edição o DSM-III-R altera a denominação de distúrbio para “Distúrbio Hiperativo de Déficit de Atenção-Hiperatividade” (DHDA). Nesta edição deixa de existir os subtipos e aparece uma única lista de sintomas. Porém, reconhece-se que está associada a esta problemática tanto a desatenção como a inquietação (Lopes, 2004; Phelan, 2005).

Nos anos 90, vários estudos demonstram que a hereditariedade poderia explicar mais de 50% das características da PHDA. Vários estudiosos pensavam que este problema estava associado a anomalias ou atrasos no desenvolvimento do funcionamento cerebral (Barkley, 2006).

Nesta altura é publicado o ICD-10, que considera que este transtorno começa na infância, caracterizado por atividade excessiva, desorganização e problemas a nível de concentração (Neto, 2010).

Posteriormente, é publicado o DSM-IV (APA, 1994 cit. Lopes, 2004) que subdivide os sintomas de uma forma diferente dos manuais anteriores pois, agrupa em tipo desatento, tipo misto e tipo hiperativo-impulsivo. Este manual ainda refere que se deve realizar um despiste em contextos estruturados, tais como a sala de aula, pois os professores são vistos como observadores particularmente privilegiados.

O DSM-IV refere ainda que a PHDA é uma perturbação neuro-comportamental mais frequente em crianças na idade escolar.

Na sequência do que está acima mencionado, transcrevo um testemunho de uma mãe que descreve a sua frustração e cansaço ao lidar com um filho pequeno com PHDA:

É impossível que seja só da idade, conheço bastantes crianças de 3 anos e nenhuma é tão instável, irrequieta, teimosa como o meu filho. Não consigo ir com ele ao supermercado porque corre, grita, deita ao chão os pacotes das prateleiras; não consigo ir jantar fora, porque ele sobe para cima das mesas, corre pelo restaurante, atira com os talheres... não consigo ir

a casa dos familiares porque ele salta, pula, parte, grita, aborrece toda a gente, todos suspiram quando ele se vai embora. Em casa, não consigo ler, ver televisão, falar com alguém. O Tiago sobe para cima da mesa, para cima das bancadas, pula nos sofás, atira-se para o chão, grita, grita, não aceita ordens, não cumpre nada. O meu filho é um frenesim sem lógica e sem sentido, o meu filho é um balão cheio de ar que se solta e voa sem qualquer ordem (Antunes, 2012, p. 154).

2.2. Perspetiva atual da definição do conceito PHDA

A PHDA é a perturbação mais estudada dos últimos 20 anos no campo da psiquiatria infantil e, segundo a investigação científica, é uma perturbação neurobiológica inata e transmitida, em grande parte, geneticamente (Scandar, 2007). Atualmente, existem três grandes perspetivas, relativamente à definição da perturbação e das suas formas de diagnóstico, sendo elas: a Americana, a Francesa e a da Organização Mundial de Saúde. No entanto, é a Associação Americana de Psiquiatria que mais se tem destacado na investigação da PHDA.

A identificação e atuação precoce poderão marcar toda a diferença na vida de quem sofre esta perturbação. Contudo, o diagnóstico pode não ser tarefa fácil, pois pode haver situações em que os indivíduos não manifestem as dificuldades características, nomeadamente quando se encontram em situações de grande interesse e envolvimento pessoais (Taylor, 2007). Uma das particulares da PHDA é a elevada comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas ou neurológicas, designadamente, e segundo Benassini (2005, citado por Ramalho, 2009), com as Perturbações Específicas do Desenvolvimento (onde estão implícitas as Perturbações de Aprendizagem, Leitura, Cálculo, Escrita, Habilidades Motoras e as de Comunicação/Linguagem), Perturbações Emocionais (onde estão implícitas as Perturbações Depressivas e de Ansiedade) e, por último, com Perturbações de Conduta e de Adaptação Social (onde estão inseridas as Perturbações de Conduta Desafiante e Oposicionista), o que condiciona, em muitos casos, o diagnóstico e a definição de um plano terapêutico (Barkley, 2006).

É comum os pais verificarem, como característica mais proeminente, a elevada variabilidade diária destas crianças. As características da PHDA são alteráveis entre si e entre as crianças. É invulgar descobrir um sujeito com todas as características de hiperatividade e/ou de défice de atenção (Moreira, 2009).

Assim sendo, existem subtipos de PHDA, conforme o padrão sintomático predominante nos últimos seis meses, de acordo com APA.

Para o diagnóstico é fundamental que a criança apresente os sintomas antes dos sete anos, com a duração de pelo menos seis meses. Os sintomas devem manifestar-se em vários contextos de ação da criança, como por exemplo, na escola e em casa. Os sintomas de falta de atenção, impulsividade e hiperatividade devem ser muito evidentes pela sua frequência, gravidade e intensidade. Os comportamentos das crianças com PHDA causam problemas graves em contextos múltiplos.

Segundo Neto (2010), a PHDA é um distúrbio neuro-comportamental caracterizado pela falta de atenção e concentração, impulsividade, agitação motora excessiva, instabilidade de humor e dificuldades em exprimir-se.

Neste Manual DSM-5 foram poucas as modificações ao diagnóstico da PHDA, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 – Critérios diagnósticos DSM-5

<p>A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que intervém no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):</p>	<p>1. Desatenção: Seis (ou mais) dos sintomas descritos a seguir, com persistência de pelo menos seis meses, num grau contraditório com o nível do desenvolvimento e com impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/profissionais: para adolescentes mais velhos e adultos (dezassete anos ou mais), são necessários pelo menos cinco sintomas. (Denote-se que os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções).</p>	<p>a. Com frequência não dá atenção a detalhes ou comete erros por distração em atreafas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (por exemplo: negligencia ou deixa passar detalhes, o seu trabalho é pouco rigoroso).</p> <p>b. Frequentemente apresenta dificuldade em conservar a atenção na realização das tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo: dificuldade de se manter atento durante as aulas, conversas ou leituras prolongadas).</p> <p>c. É frequente parecer não ouvir quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (por exemplo: parece estar com a <i>cabeça longe</i>, mesmo na ausência de qualquer distração).</p> <p>d. Com frequência não segue instruções até ao fim e não consegue acabar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (por exemplo: começa as tarefas, mas rapidamente se dispersa e desorienta).</p> <p>e. Apresenta frequentemente dificuldade na organização de atreafas e atividades (por exemplo: dificuldade em gerir tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais ordenados; trabalho desorganizado e</p>
---	--	--

		<p>desleixado; má gestão do tempo; dificuldade em cumprir prazos).</p> <p>f. Com frequência evita, não gosta ou resiste ao envolvimento em tarefas que exijam esforço mental prolongado (por exemplo: trabalhos escolares ou lições de casa, no caso das crianças e adolescentes; preparação de relatórios, preenchimento de formulários e revisão de trabalhos extensos para adolescentes mais velhos e adultos).</p> <p>g. Perde frequentemente materiais necessários para tarefas ou atividades (por exemplo: materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, telemóvel...).</p> <p>h. É frequente distrair-se com estímulo externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).</p> <p>i. Esquece frequentemente atividades quotidianas (por exemplo: realizar tarefas, obrigações para adolescentes mais velhos e adultos, responder a ligações, pagar contas, manter horários agendados).</p>
	<p>2. Hiperatividade e impulsividade: seis (ou mais) dos sintomas que a seguir se apresentam, com persistência de pelo menos seis meses, num grau contraditório com o nível do desenvolvimento e com impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/profissionais: para adolescentes mais velhos e adultos (dezassete anos ou mais), são precisos pelo menos cinco sintomas.</p> <p>Os sintomas não são só uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para entender tarefas ou instruções).</p>	<p>a. Frequentemente mexe ou bate as mãos ou os pés outorce-se na cadeira.</p> <p>b. Levanta-se com frequência da cadeira em situações em que se espera que fique sentado (por exemplo: sai do seu lugar na sala de aula, no escritório ou noutro local de trabalho ou em qualquer outra situação que obrigue a permanecer nomesmo local).</p> <p>c. Corre ou sobe às coisas frequentemente em situações em que isso não é apropriado. (Nos adolescentes ou adultos, este sintoma pode limitar-se a demosntrações de inquietude).</p> <p>d. Geralmente não é capaz de brincar ou de se envolver calmamente em atividades lúdicas.</p> <p>e. Frequentemente “<i>não pára</i>”, atuando como se estivese “<i>com o motor ligado</i>” (por exemplo: não consegue ou sente-se desconfortável por ficar parado muito tempo no mesmo lugar).</p> <p>f. Frequentemente fala demasiado.</p>

		<p>g. Com frequência responde antes que a pergunta tenha sido acabada (por exemplo: termina frases dos outros, não consegue esperar pela sua vez de falar).</p> <p>h. Geralmente tem dificuldade em esperar pela sua vez (por exemplo: aguardar numa fila).</p> <p>i. Interrompe ou intromete-se com frequência (por exemplo: mete-se nas conversas, nos jogos...; usa as coisas de outras pessoas sem autorização. Os adolescentes e adultos podem intrometer-se ou assumir o controle sobre as atividades dos outros).</p>
B. Diversos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade já se encontravam presentes antes dos doze anos de idade.		
C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade subsistem em dois ou mais ambientes (por exemplo: em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; noutras atividades).		
D. Há provas claras de que os sintomas intervêm no funcionamento social, académico ou profissional ou de que atenuam a sua qualidade.		
E. Os sintomas não aparecem unicamente durante o percurso de esquizofrenia ou outro distúrbio psicótico e não conseguem ser explicados por outro distúrbio mental (por exemplo: distúrbio do humor, perturbação de ansiedade, distúrbio dissociativo, distúrbio da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).		

Fonte: (Adaptado de APA, 2013 pp. 59-60)

Perante a lista de dezoito sintomas, nomeadamente nove de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade, manteve-se inalterada em relação à edição anterior.

O número de sintomas referidos do qual se faz o diagnóstico, também permaneceu o mesmo (seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade-impulsividade), sendo que no caso de adultos, este número modificou-se para cinco sintomas, tornando-se um novo critério. A lista de sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade compreende o critério A. O critério B, que determina a idade de início dos sintomas, teve alterações, uma vez que anteriormente era necessário demonstrar que os sintomas estivessem presentes antes dos sete anos de idade. O limite da idade foi modificado para doze anos. Os critérios C e D permaneceram sem alterações

significativas. No que diz respeito ao critério E, este teve alterações, podendo neste momento fazer o diagnóstico de PHDA, também em casos de um quadro de Autismo.

Nos dias de hoje os psicólogos, psiquiatras, médicos e outros clínicos consideram que a PHDA assenta em três problemas fundamentais: na dificuldade que o indivíduo tem em manter a atenção, atividade excessiva e controle ou inibição dos impulsos. Barkley e outros profissionais acham que os indivíduos que apresentam esta problemática podem apresentar dois problemas adicionais: instabilidade constante em dar respostas a determinadas situações escolares e dificuldades em seguir normas, regras e instruções (Barkley, 2002).

De acordo com Antunes (2011), no que diz respeito à PHDA, pais, professores e “media” enfatizam a questão da hiperatividade, isto é, da agitação motora. Não se nega que este seja um problema essencial e, na maioria das vezes a face mais visível da disfunção. No entanto, é de salientar que a maior parte das vezes, a agitação motora resulta da incapacidade da criança em se concentrar numa atividade. Deste modo, indica uma dificuldade na seleção dos estímulos relevantes, em manter a atenção orientada durante um determinado período de tempo. Por outro lado, a criança hiperativa ao iniciar a adolescência pode permanecer desatenta e impulsiva, existindo no entanto uma melhoria em função do avanço da idade.

2.3. Hiperatividade

A criança hiperativa não tem, durante a infância, um comportamento extravagante, estranho ou pouco usual. Os comportamentos que manifesta são desestabilizadores apenas pela frequência, a sua excessiva intensidade e a inoportunidade com que acontecem.

Estas crianças têm mais dificuldade em controlar a sua conduta quando estão com outras crianças do que quando estão sozinhas. Isto deve-se à sua dificuldade em manter a atenção e à grande facilidade com que se distraem. Quando está sozinha, a criança converte-se, involuntariamente, no centro das atenções, sendo-lhe mais fácil estar motivada para estar atenta.

Nem todas as crianças hiperativas manifestam todas as características que a seguir se descrevem. Sem dúvida que as dificuldades de atenção, a impulsividade e a hiperatividade (que são traços comuns a todas as crianças hiperativas) costumam estar presentes, ainda que se manifestem com uma intensidade muito diferente em cada criança (Lorente & Encío, 2000, p. 11).

Na opinião de Madureira et al., (2007), a maioria das crianças com PHDA sente uma grande angústia por não ter capacidade de controlar e prestar atenção aos pormenores, pois muitas vezes apresentam maus resultados escolares, são culpabilizados

pelos pais e pelos professores, por essa situação, e muitas vezes rejeitados pelos pares. Assim, apresentam uma baixa autoestima, procurando o isolamento social.

Neto (2010, p. 147) diz ser caracterizada pela “inquietação psicomotora excessiva, levando à dificuldade de permanecer, por tempo prolongado, em atividades mais longas ou com pouca movimentação”. O mesmo autor refere que estas crianças manifestam preferência por brincadeiras mais ativas, rejeitando, por norma, as de caráter mais tranquilo.

2.4. Etiologia

Os estudos para a compreensão da etiologia da PHDA têm progredido significativamente desde os anos noventa, para tal muito têm contribuído os progressos registados ao nível da genética, neuropsicologia e neuroimagem.

Um dos desafios que têm sido lançados, tanto pelos profissionais que trabalham com crianças como pelos pais que têm filhos com estes problemas, é o de determinar a origem da hiperatividade (García, 2001).

Sabe-se que as causas que conduzem à PHDA são múltiplas, não são muito claras e podem apresentar-se muito variadas por estarem dependentes de diversos fatores. Apesar de cada um desses fatores mostrar alguma evidência empírica, isso só por si não explica que eles sejam necessários ou suficientes no aparecimento da hiperatividade (Cruz, 2008).

Neto (2010) refere que podem coexistir vários fatores que justifiquem as causas da PHDA: presença de transtornos mentais nos pais, desentendimentos familiares, baixo nível socioeconómico.

Segundo Lopes (2004), as causas da PHDA terão mais a ver com fatores internos do próprio indivíduo do que com fatores do ambiente, isto é, parece ter mais a ver com problemas no desenvolvimento do cérebro, consequentes de fatores hereditários do que de fatores ambientais.

Já Lopes (2004) está convencido que atualmente a comunidade científica aceita que a causa da PHDA terá mais a ver com fatores internos do próprio indivíduo, do que propriamente com fatores do meio. Isto quer dizer que a PHDA parece estar muito mais relacionado com o anormal desenvolvimento do cérebro, decorrente de fatores hereditários, do que de fatores ambientais.

A dificuldade que se sente em identificar os agentes causais do distúrbio deve-se, em parte, ao facto de as crianças hiperativas constituírem um grupo muito amplo e diverso no que diz respeito aos comportamentos que manifestam e aos seus fatores etiológicos. Por exemplo quando os especialistas conseguem identificar um fator que mantém relações fiáveis com a hiperatividade, descobre-se de seguida que este apenas exerce influência num pequeno grupo de crianças hiperativas, tornando o seu valor causal limitado (García, 2001).

Neste contexto importa mencionar a opinião de Barkley (2002) ao afirmar que o conhecimento dos especialistas relativamente ao modo como a multiplicidade de causas influenciam o cérebro e o comportamento têm progredido imensamente desde a metade dos anos 80. Segundo ele, é muito importante os especialistas terem aprendido que certas coisas, antes pensadas como causa da PHDA, atualmente já não tem qualquer valor.

Um estudo realizado por Hans Lou, Leif Henriksen e Peter Bruhn constatou que as crianças com PHDA apresentavam uma diminuição do fluxo sanguíneo no núcleo caudal, sendo este núcleo de maior importância na conexão das regiões frontais do cérebro e no sistema límbico. Também constataram que o fluxo sanguíneo nas áreas de baixa atividade, ao administrarem medicação estimulante, aumentava para níveis próximos do normal (Barkley, 2002).

Parker (2003); Rief e Heimburge (2000) argumentam que existem cada vez mais provas que sugerem que estas crianças podem ter qualquer tipo de disfunção em regiões do cérebro associadas ao controlo e à regulação da atenção, ao estado de vigília e à atividade.

Segundo Bonnet e Bréjard (2008), os estudos sobre o papel dos fatores neurobiológicos na hiperatividade expandiram-se na década de 1990 e o seu principal objetivo era despistar perturbações das estruturas cerebrais implicadas na inibição e na regulação dos comportamentos.

A partir desta ideia investigou-se até que ponto as crianças com atividade motora excessiva, inquietude e falta de atenção apresentam alterações cerebrais, mas até ao momento as tentativas efetuadas para relacionar este distúrbio de comportamento com lesões localizadas no cérebro não obtiveram resultados satisfatórios. As hipóteses que se utilizam atualmente indicam que as lesões no cérebro, mais do que provocar distúrbios específicos e, concretamente a hiperatividade, exercem a sua influência mediante uma maior vulnerabilidade da criança aos problemas psicológicos. Assim, isto significa que

as lesões físicas do cérebro não são necessariamente causas de comportamentos hiperativos (García, 2001).

Os estudos realizados com gémeos vêm apoiar ainda mais a ideia de que a PHDA tem uma componente hereditária. Biederman (1990) estudou crianças com PHDA e crianças sem PHDA, constatou que os parentes mais chegados do primeiro grupo apresentavam uma taxa de 25% enquanto os parentes do segundo grupo apresentavam uma taxa de prevalência de 5%.

No ano de 1993, Jacquelyn Gillis e a sua equipa encontraram a concordância desta perturbação na ordem dos 32% para gémeos dizigóticos e 79% para gémeos monozigóticos (Lopes, 2004). Segundo Barkley (2002), os vários estudos realizados ao longo dos últimos tempos permitem estabelecer que a hereditariedade explica mais de 50% a 90% das características deste distúrbio.

Com estas descobertas as investigações centraram-se na busca de explicações da hereditariedade da PHDA, na genética.

Ao simplificar, existem certas características como a cor da pele, a altura ou mesmo formas de deficiência mental que estão relacionadas com a maior ou menor produção de substâncias químicas no organismo e o metabolismo dessas substâncias químicas está definido por genes específicos. Os dados das últimas investigações apontam no sentido de que as crianças hiperativas não têm qualquer defeito nos neurónios, mas sim nos neurotransmissores (Lorente & Encío, 2000).

Por isso certos genes poderão estar envolvidos na regulação da libertação dos neurotransmissores ao nível cerebral, que podem estar relacionados com a PHDA (Madureira et al., 2007).

Inúmeras investigações apontam para a influência de fatores pré-natais e complicações durante a gravidez na etiologia da PHDA. Alguns investigadores referem que as crianças que nascem prematuramente, com baixo peso, que sofreram de anoxia durante o parto ou de infeções neonatais propendem a desenvolver esta perturbação (Barkley, 2002; Garcia, 2001; Lopes, 2004; Neto, 2010; Madureira, Lopes, Paúl & Boavida, 2007; Phelan, 2005).

Barkley (2002) refere que mais de 40% das crianças que sofrem sangramentos cerebrais, revelaram na infância um diagnóstico da PHDA.

Estudos realizados sobre o consumo de substâncias tais como: o álcool, tabaco e o *stress*, por parte da mãe durante o período de gestação, constituem um fator

preponderante para o nascimento de uma criança com PHDA (Barkley, 2002; Garcia, 2001; Lopes, 2004; Neto, 2010; Madureira, Lopes, Paúl & Boavida, 2007; Phelan, 2005). Segundo Lopes (2004), inúmeros estudos revelaram que o consumo de álcool e tabaco, durante a gravidez, por parte das mães das crianças com esta perturbação, são bastante superiores aos níveis de consumo das mães de crianças sem esta perturbação.

Falardeau (1997) apresenta uma outra hipótese, a que culpabiliza o meio ambiente. Durante muito tempo, pensou-se que o ambiente social e em especial o familiar seriam responsáveis pela hiperatividade. Um estudo permitiu verificar que a maior parte dos pais de crianças hiperativas gritavam e castigavam os seus filhos com mais frequência, raramente lhe davam recompensas e pouco brincavam com eles, o que levava a concluir que tal atitude desempenhasse um papel fundamental na génese da hiperatividade, mas rapidamente se provou que não.

Parker (2003) complementa afirmando que os métodos utilizados pelos pais na educação dos seus filhos irão afetar o comportamento e o desenvolvimento da criança, podendo contribuir para os problemas de uma criança com PHDA, mas nenhum estudo comprova que constituem a causa desta patologia.

Muitas investigações e avanços têm sido realizados nas últimas décadas, na procura das possíveis origens da PHDA. De acordo com o que foi referenciado anteriormente, os fatores neurológicos e genéticos explicam algumas das causas desta perturbação. Podemos então dizer que a etiologia da PHDA é multifatorial, isto é, não existe um único fator que cause esta perturbação, mas sim múltiplos fatores que interagem entre si a níveis diferentes e com diferente intensidade. Contudo, ainda nada está claro, pois quando conseguirmos explicar concretamente as causas da PHDA seremos capazes de encontrar uma forma de curar estas crianças (Barkley, 2002; García, 2001).

Concluimos este ponto com Barkley (2002) afirmando que o que se sabe é que esta patologia é extremamente complicada e que pode tornar o dia-a-dia num grande desafio. Pela sua natureza cria relações adversas entre a criança e todos à sua volta. As rotinas mais comuns de um dia normal podem parecer uma série de batalhas. Sabendo mais sobre esta perturbação, é possível tornar a vida mais fácil e fazer com que acreditemos que não é impossível lutar contra o “inevitável”.

2.5. Prevalências da PHDA

De acordo com Parker (2011) a PHDA é muito frequente na infância, atingindo cerca de 3 a 7% das crianças em idade escolar e os sintomas perduram na adolescência e idade adulta, em cerca de 50 a 80% dos casos. Segundo alguns dados, em cada cem crianças, dezassete são hiperativas.

A prevalência desta perturbação depende da idade, do sexo e do meio sociocultural dos indivíduos ou dos subtipos. Prevalências superiores a 20% têm sido referidas em crianças provenientes de meios socioeconómicos menos favorecidos. No entanto, é de salientar que esta perturbação tem incidência em todos os estratos económicos e em todo o tipo de áreas geográficas (Garcia & Brown, 2003, citado por Ramalho, 2009). Esta perturbação é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino, numa proporção que varia entre 2:1 e 9:1 (APA, 2002). Esta disparidade pode estar relacionada a fatores culturais, físicos e até à utilização de critérios de diagnósticos diferentes. Os fatores culturais são fulcrais, uma vez que as expetativas dos pais e dos professores modificam conforme o sexo. Por outro lado, dado que o processo de maturação nos rapazes é mais moroso, isso poderá fazer com que estejam mais expostos, vulneráveis e propensos a comportamentos hiperativos (Garcia, 2001).

No nosso País, não existem valores exatos sobre a taxa de incidência desta perturbação nas nossas crianças; porém, noutros países, designadamente em Espanha a taxa de prevalência é de 4,57% e no Brasil de 5,8% (Moura, 2008). Vários estudos realizados relatam que 7,8% das crianças americanas são diagnosticadas com esta problemática (Neto, 2010).

Podemos dizer que 70% a 80% das crianças que apresentam esta perturbação na idade escolar vão mantê-la na adolescência. Os adolescentes têm tendência a manifestar atitudes antissociais, transtorno de conduta e problemas com drogas (Barkley, 2002).

Vários estudos clínicos indicam que as crianças com PHDA continuam a revelar sintomas na idade adulta. Uma investigação recente da World Mental Health Survey Initiative sobre esta problemática estima que a prevalência da PHDA em idade adulta é de 3,4%. A literatura aponta que na idade adulta há uma prevalência dos sintomas de desatenção, e uma diminuição dos sintomas de impulsividade e hiperatividade (Neto, 2010). Para além desses sintomas, apresentam problemas de autocontrolo ou autodisciplina (Barkley, 2002).

Segundo Fernandes e António (2004), as raparigas são mais afetadas pela variante com prevalência do défice de atenção. Salgueiro (1983) menciona que nos rapazes com PHDA, verificam-se mais sintomas da série motora e nas raparigas sintomas de série depressiva, o que leva as raparigas a recorrerem menos às consultas de psiquiatria, dado que a inibição é mais tolerável do que a irrequietude. No que se refere à idade, estima-se que 75% dos casos se revelem aos cinco anos de idade (Vaquerizo-Madrid, 2004, citado por Ramalho, 2009).

Estudos efetuados pelo Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra (consultas de hiperatividade), estimam que 7% das crianças e adolescentes em idade escolar podem apresentar PHDA.

Boavida (2006) diz-nos que se o diagnóstico assentar nos critérios comportamentais do DSM-V, utilizados corretamente, permite identificar e distinguir com razoável facilidade as crianças que apresentam PHDA.

2.6. Áreas de funcionamento

Segundo diversos investigadores, as crianças com PHDA apresentam problemas em três áreas de funcionamento. Deste modo, estas crianças revelam problemas de atenção, agitação motora excessiva e impulsividade (Lopes, 2004). Estas características são desajustadas para a idade, manifestam-se com uma maior intensidade e mais frequente do que nas crianças com a mesma idade e o mesmo desenvolvimento (Cordinhã & Boavida, 2008). De acordo com Barkley (2002), as crianças com esta problemática apresentam um “deficit primário na inibição do comportamento”. Assim, estas crianças têm dificuldades em controlar os seus comportamentos, em seguir regras, em manter a atenção e em controlar impulsos.

De seguida, serão analisadas cada uma das áreas principais mais detalhadamente.

2.6.1. Défice de atenção

Cruz (2008) explica que “atenção” é um conceito utilizado para representar uma relação entre um estímulo do ambiente e a resposta da criança a esse estímulo. Assim,

verifica-se que há desatenção por parte da criança quando há diminuição na relação entre o estímulo e o comportamento da criança.

Na opinião de Parker (2003), a falta de atenção é normalmente o sintoma que causa maiores problemas na escola. Diz também ser menos evidente que a hiperatividade e que a impulsividade. Madureira et al., (2007) afirmam estar sempre presente na criança hiperativa, embora por vezes não seja claramente visível.

A hiperatividade ou, na designação científica Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), “não é só um dos mais estudados, como um dos mais controversos distúrbios do desenvolvimento da infância e adolescência” (Lopes, 2004, p.15).

As crianças que hoje são diagnosticadas com comportamentos de PHDA eram antes vistas como “mal-educadas”, “que se portavam mal porque queriam”, “sempre com a cabeça na lua” ou “com mau feitio”.

os pais destas crianças costumam descrevê-las como falando de mais, não sendo capazes de estar quietas, parecendo ter bichos-carpinteiros, e os professores referenciam-nas como estando constantemente fora do lugar sem autorização, respondendo fora da sua vez, fazendo barulhos inapropriados (Lopes, 2004, p. 71).

Barkley (2006) entende por atenção uma função mental complicada que está relacionada com os níveis de vigília, de alerta e a capacidade de selecionar tarefas, sustentar a atenção e modificar estratégias de acordo com os objetivos das tarefas.

O Défice de Atenção é caracterizado por Neto (2010) como uma sensibilidade muito grande a estímulos, levando à renovação do foco de atenção com muita facilidade, ou seja por vezes qualquer pormenor desvia a atenção da criança. Lorente e Ávila (2000) reforçam que a criança hiperativa é muito mais vulnerável aos estímulos ambientais do que qualquer outra criança. Assim, segundo Neto (2010), a capacidade de se manter concentrado numa determinada tarefa por muito tempo está comprometida.

Sob o ponto de vista de Selikowitz (2010), as dificuldades em estar atento fazem com que o aluno pareça estar ausente, embora esteja presente fisicamente na sala de aula. As descrições vulgarmente utilizadas incluem termos como “vago”, “sonhador” e de “olhos vidrados”.

Sosin (2006) refere que quanto mais envolvido e interessado o professor se mostrar em relação à matéria, menor é a probabilidade dos alunos (mesmo os não hiperativos) se deixarem absorver pelo mundo do professor. O mesmo acontece quando

ele é pouco explícito. Os alunos com PHDA perdem-se e não conseguem retomar o caminho. Madureira et al., (2007) vêm ao encontro desta perspetiva quando dizem que os sintomas de desatenção se agravam significativamente quando o aluno tem que manter a sua atenção em situações pouco apelativas e sem carácter de novidade, como por exemplo ouvir o professor durante a aula.

De acordo com vários estudos, a criança com PHDA apresenta níveis elevados de desatenção quando comparada com crianças da mesma idade. Segundo Hale e Lewis (1979), a capacidade de atenção é uma noção multidimensional pois pode estar relacionada com problemas de manutenção da atenção, de alerta, de atividade, de seleção, de distratibilidade ou níveis de apreensão, entre outros (Lopes, 2004). Este problema deve-se ao facto dos mecanismos de atenção do cérebro destas crianças serem ineficazes, isto é, têm uma grande dificuldade em concentrar-se em tarefas que necessitem a ativação destes mecanismos (Selikowitz, 2010). Os problemas de atenção, no caso destas crianças, caracterizam-se por uma tendência acentuada para se desconcentrarem em tarefas monótonas e repetitivas, tais como leituras extensas, trabalhos e assuntos desinteressantes, acabando por cometer erros, facilmente, devido ao seu descuido (Falardeau, 1997; Lopes, 2004; Selikowitz, 2010 & Barkley 2002) menciona que estas crianças apresentam um período de atenção mais limitado do que as crianças sem esta perturbação, quando são solicitadas para manter a atenção numa determinada tarefa por um período longo revela-se um suplício, pois têm que fazer um esforço muito grande para preservarem a atenção. Este autor ainda refere, por exemplo, que uma criança de 10 anos com este distúrbio pode apresentar um período de atenção equivalente ao de uma criança de 7 anos.

Estas crianças também têm dificuldades em estar atentas a dois incentivos em simultâneo, em selecionar informação, seguir instruções, o que leva a que não terminem os trabalhos escolares, principalmente, quando estes requerem um nível elevado de concentração e exigem a utilização de conceitos abstratos (Cordinhã & Boavida, 2008; Costa, Santos & Ramalho, 2010). Por isso, muitas vezes estas crianças são descritas pelos pais e professores como: “parece que está sempre na lua”; “não ouve o que lhe digo”; “esquece-se de fazer os deveres”, isto manifesta as dificuldades de atenção e concentração (Lopes, 2004, p. 71).

Segundo Parker (2003), o défice de atenção é um dos indícios que causa mais questões no contexto escolar.

Barkley (2002) admite que as crianças com PHDA se entediam e perdem mais rapidamente o interesse pelas tarefas que estão a realizar do que as crianças sem PHDA, pois normalmente sentem-se cativadas por aspetos mais recompensadores, divertidos e estimulantes, em qualquer situação. Estas situações levam a que elas procurem mais alguma coisa para fazer, para além da tarefa que estão a realizar, que seja estimulante e divertido, mesmo não tendo terminado o trabalho que têm em mãos.

Determinados cientistas acham que isto ocorre devido ao facto destas crianças apresentarem um nível de funcionamento do cérebro mais baixo do que o normal e, por isso, precisam de mais estímulos constantes para o cérebro trabalhar de uma forma normal. Estas crianças concentram-se mais nas tarefas quando recebem observações frequentes e positivas e reagem muito bem se o trabalho for muito interessante e empreendedor e alcançarem resultados contíguos (Selikowitz, 2010).

2.6.2. Impulsividade

A impulsividade pode ser definida como “uma baixa capacidade de manutenção da inibição de respostas, de adiamento da gratificação, como deficiência na capacidade de adesão a regras e de regulação ou inibição de comportamentos em situações sociais” (Lopes, 2004, p. 82).

A impulsividade manifesta-se por inquietação, fraca manutenção da inibição à resposta (Gordon, 1979, *cit. in* Lopes, 1998), dificuldade em esperar pela gratificação (Barkley, 1990; Rapport, Tucker, DuPaul, Merlo & Stoner, 1986, *cit. in* Jorge, 2007), dificuldade em parar para pensar antes de agir (Selikowitz, 2010) ou ainda fraca aderência a ordens para controlar ou inibir o comportamento, muitas vezes ao ponto de estas crianças, causarem problemas em situações sociais e escolares.

As crianças com PHDA não se comportam com impulsividade por ignorância. Normalmente sabem tão bem como as outras da mesma idade o que devem e não devem fazer. No entanto, reagem de uma forma reflexa (impulsiva) ao que acontece à sua volta (Selikowitz, 2010, p. 46).

Então, as crianças com PHDA, embora tenham consciência dos resultados dos seus comportamentos, não conseguem proceder de acordo com esse saber sobre o futuro, sendo as suas ações conduzidas por o impulso do momento.

Particularmente, estas crianças dizem a primeira coisa que lhes vem à cabeça, respondem a perguntas que ainda não foram concluídas, têm dificuldades em aguardar a sua vez de falar, interrompem constantemente os colegas e professores no seu discurso, falam excessivamente (Barkley, 2002; Cordinha & Boavida, 2008; Lopes, 2004; Selikowitz, 2010). Têm dificuldades em seguir instruções e não esperam pela sua vez nas filas ou nos jogos, manifestam muitas dificuldades em lidar com frustrações, desistem com muita facilidade e evitam tarefas que só tenham recompensa a médio e a longo prazo, pois escolhem tarefas de prémio imediato (Barkley, 2002; Selikowitz, 2010). Nas tarefas escolares, demonstram muitas vezes nervosismo o que leva a que mostrem trabalhos feios, pouco organizados e uma caligrafia descuidada, devido à sua rapidez. Diversas crianças com PHDA têm problemas de coordenação motora fina (Phelan, 2005). O comportamento destas crianças, por vezes, é ofensivo e imprudente o que leva a que percam amigos com relativa facilidade. Neste sentido, as crianças são vistas na sociedade como “mal-educadas” (Lopes, 2004).

Todas estas dificuldades, sobretudo a incapacidade de controlar os impulsos, associado ao défice de atenção conduzem a que estas crianças apresentem dificuldades de aprendizagem escolar (Falardeau, 1997).

Em suma, a impulsividade é a incapacidade de controlar os comportamentos e emoções.

2.6.3. Hiperatividade

A hiperatividade é outra característica comum às crianças com PHDA, correspondendo à desadequada e excessiva atividade motora ou oral da criança e aos seus comportamentos grosseiros e desnecessários.

A nível motor, é frequente estas crianças mexerem permanentemente as mãos e as pernas, demonstram também grandes dificuldades em estar quietas ou paradas e, particularmente, exibem agitação constante. Ao nível da atividade oral, são caracterizadas por falarem excessivamente, mesmo em situações em que isso não é de todo aconselhável.

Por norma, as crianças que são hiperativas mostram-se bastante mais irrequietas e dão mostras de um excesso de atividade bastante mais marcante, fazendo-o em muitas mais situações do que o fazem os seus pares não hiperativos” (Parker, 2003, p. 10).

Os pais costumam descrevê-las como sendo “irrequietas”, “falam de mais” e “não conseguem ficar quietas”. Os professores mencionam as suas ausências do lugar, sem

permissão, dizem que estes alunos “respondem fora de vez” e referem ainda a sua necessidade de mexer em coisas de que não necessitam, no momento (e.g., Lopes, 1996; Baptista, 2010).

Todos estes comportamentos são visíveis na idade pré-escolar, pois estas crianças são descritas como “estando sempre em movimento” (Parker, 2003), trepam pelos móveis, correm de um lado para o outro, sobem às mesas, entre outras coisas (Bréjard & Bonnet, 2008). Com o avançar da idade e com a maturidade do cérebro, estes sintomas provavelmente vão melhorando ou desaparecendo.

Conforme Barkley (2002), a hiperatividade e a impulsividade fazem parte do mesmo problema, pois ambos estão relacionados com a dificuldade de inibição dos comportamentos. Este autor admite que a distração pode estar relacionada com a falta de inibição. A justificação estaria no facto destas crianças levarem mais tempo a retomar a tarefa que estavam a realizar antes de se terem distraído, devido ao problema que têm em inibir os seus desejos em fazer outras coisas mais estimulantes. Elas desviam a atenção, mais vezes, do que as outras crianças para estímulos exteriores e não conseguem evitar a tentação de deixar uma tarefa aborrecida em troca de algo mais atrativo. Assim, muitos pesquisadores acreditam que a natureza da PHDA é um problema de falta de inibição do comportamento.

2.7. Problemas Associados

“Segundo a Classificação das Perturbações Mentais e do Comportamento proposta pela Organização Mundial da Saúde (CIE-10), a PHDA é acompanhada de outros problemas menos específicos” (García, 2001, p. 14).

De acordo com Antunes (2011), a PHDA acompanha-se, muitas vezes, de outras disfunções ou associa-se a outros problemas. De facto, uma investigação extensa chegou à conclusão de que menos de 1/3 das crianças com PHDA a tinham sem outras perturbações associadas.

Torna-se evidente que uma criança desatenta terá muita dificuldade em atingir o seu potencial de aprendizagem, pois a criança com PHDA tem, muitas vezes, outras disfunções que multiplicam as suas dificuldades, levando a que pelo menos 90% tenham resultados escolares inferiores ao que se poderia prever, dada a sua inteligência: 20% -

dificuldades de leitura (dislexia); 60% - dificuldades na escrita (disortografia). Pais e professores atribuem à “distração” os erros de ortografia, porque “umas vezes escreve bem, outras escreve mal”, no entanto não sabe simplesmente como se escreve. As patologias “psiquiátricas” mais associadas à PHDA são: perturbação de oposição e desafio (40%); ansiedade (34%); tiques (11%) (op. cit.).

Frequentemente, as crianças com PHDA têm baixa resistência à frustração, pelo que a recompensa tem de ser imediata. Zangam-se facilmente, exageram nas respostas emocionais e afastam quem os poderia ajudar. A incidência de comportamentos desagradáveis, como mentir, culpar os outros pelos seus erros, discutir regularmente com os adultos, é bastante mais frequente em crianças e jovens com PHDA (op. cit.).

As crianças com PHDA, para além de mostrarem problemas de hiperatividade, défice de atenção e impulsividade, têm uma maior possibilidade de apresentarem problemas associados. Esta problemática aparece frequentemente ligada às Perturbações da Conduta, às Perturbações de Humor, de Ansiedade e às Perturbações de Oposição e Desafio (Calado, 2007). Estas crianças podem apresentar problemas relacionados com o comportamento, problemas na realização académica, isto é, podem apresentar dificuldades de aprendizagem e problemas relacionados com o funcionamento emocional e social. No entanto, nem todas as crianças com PHDA apresentam problemas associados, contudo, eles acontecem num número significativamente mais elevado do que seria de esperar para as crianças normais. Neste sentido, não podem ser ignorados (Barkley, 2008).

De salientar a pesquisa feita por Fernandes (2001), a qual

faz referência a várias situações de comorbilidade destacando: as perturbações de aprendizagem, a perturbação de oposição, a perturbação do comportamento, a perturbação do humor/ansiedade, a perturbação do desenvolvimento da coordenação motora, a perturbação de asperger e as perturbações de tiques. De acordo com o mesmo autor, a frequência das condições coexistentes é a seguinte: perturbações das aquisições académicas (20-30%); perturbações psiquiátricas (50-65%); perturbação depressiva (9-38%); perturbação da ansiedade (25%); comportamento antissocial e perturbações da conduta (25%). Bromberg (2006) refere que as comorbilidades que mais frequentemente acompanham a PHDA são: o distúrbio de oposição (60%), as dificuldades de aprendizagem (40%), os problemas de conduta (30-40%), depressão (40-50%), ansiedade (25%), perturbação bipolar (25%) e síndrome de Tourette (50% dos que possuem este diagnóstico, também têm PHDA). Ainda noutro estudo, realizado por Souza, Serra, Mattos e Franco (2001), com trinta e quatro crianças e adolescentes (com idades entre os 6 e os 16 anos), identificados com PHDA, os autores constataram uma enorme percentagem de comorbilidades (85,7%), sendo as mais comuns: o distúrbio de conduta (39,2%) e o distúrbio de oposição/desafio (20,6%).

Conclui-se, assim, através destes estudos, que as crianças com PHDA apresentam problemas médicos, desenvolvimentais, comportamentais, emocionais e escolares, com uma intensidade superior ao esperado nas crianças normais. Porém estes problemas não servem de diagnóstico da perturbação quando presentes, nem o impossibilitam quando ausentes.

Estas crianças têm habitualmente propensão para sofrer acidentes devido à escassa consciência do risco que demonstram em situações de perigo. Apresentam, também, problemas de disciplina, por incumprimento ou por excederem o limite das normas estabelecidas. Para além disso, mostram por vezes sinais de défices cognitivos e atrasos em aptidões motoras e da linguagem, assim como tendem a ter menos competências quanto a estratégias de resolução de problemas e capacidades de organização.

“É também bastante comum a associação da PHDA com distúrbios emocionais. De facto, as crianças com PHDA revelam mais sintomas de ansiedade, depressão e baixa autoestima, do que as crianças normais” (Bohline, 1985, *cit. in* Lopes, 1999, p. 23), o distúrbio obsessivo-compulsivo e a doença bipolar são também significativamente mais comuns nestas crianças.

A Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva (APCH, 2009) aponta para o facto de existirem indicadores de baixa autoestima, desorganização, desânimo e mau humor, associados à PHDA particularmente nos sujeitos de sexo feminino.

Para além disso, “a PHDA está associada a insucesso escolar, acidentes, depressão, uso de substâncias ilegais e muito sofrimento” (Antunes, 2009, p. 162).

São, de facto, muitos os problemas associados a esta perturbação e as suas consequências preocupantes ao longo do percurso de vida destes indivíduos. O contexto escolar é talvez aquele onde estes problemas são mais visíveis e sentidos e, por isso, onde os professores têm um papel fundamental em termos de intervenção.

Apesar das características evidenciadas serem as mais comuns e registarem-se em quase cem por cento das crianças com PHDA, estas crianças apresentam também outros problemas que não lhes são exclusivos, mas que afetam mais as hiperativas do que as ditas normais da mesma idade (Parker, 2003).

2.7.1. Desempenho escolar

Mais de 90% das crianças com esta síndrome vêm-se afetadas no seu rendimento escolar, que é desproporcionado em relação às capacidades intelectuais. Este sub-rendimento escolar supõe-se estar relacionado com os principais sintomas de desatenção, impulsividade e agitação motora da criança hiperativa no contexto escolar. Os sintomas anteriormente definidos explicam, em parte, esta dificuldade na escola. Contudo, em 25% dos afetados registam-se também dificuldades de aprendizagem. Podem estar relacionados com a leitura, interpretação de enunciados, cálculo mental, o que provocará um atraso acrescido às limitações já evidenciadas (Parker, 2003).

Verifica-se, em muitos estudos, que as crianças com PHDA têm desempenhos inferiores às crianças normais e aos seus próprios irmãos (e.g., Bohline, 1985; Felton & Wood, 1989, *cit. in* Lopes, 1997).

De facto, a maior parte das crianças com esta perturbação revela dificuldades ao nível da leitura, ortografia e matemática (e.g., Parker, 2003; Selikowitz, 2010). Para além disso, o comportamento das crianças com PHDA frequentemente tende a agravar-se em contextos em que o número de comportamentos aceitáveis é mais restrito, ou seja, em contextos nos quais se espera que a criança fique sentada, calada e quieta. Este é precisamente o caso das escolas. A escola exige ao aluno, para além de um comportamento exemplar, comportamentos eficazes do ponto de vista académico. Deste modo, as crianças com PHDA, quer porque manifestam problemas de comportamento, quer porque apresentam, normalmente, problemas de aprendizagem associados, têm uma maior probabilidade de entrar em conflito com o ambiente escolar (Edelbrock *et al.*, 1984; DuPaul & Stoner, 1994, *cit. in* Lopes, 1996).

Assim, estas crianças apresentam uma taxa mais baixa de comportamentos dedicados a tarefas, durante os períodos de explicação e trabalho independente, normalmente os trabalhos ficam inacabados e com erros, tomam decisões muito rápidas o que leva a uma diminuição da performance nas tarefas independentes (Chaves, 1999). Tendo em conta o referido anteriormente, obtêm classificação mais baixa nos testes escolares e por sua vez avaliações mais baixas, em várias disciplinas, em relação aos seus colegas.

As dificuldades de aprendizagem mais evidentes nas crianças com PHDA em idade escolar são nas áreas em que ela necessita de desenvolver estratégias de resolução

de problemas, método, planeamento e organização do trabalho, sendo estas dificuldades provenientes de um esforço insuficiente para a realização da tarefa. Esta falta de persistência afeta o rendimento escolar de uma forma significativa (Lopes, 2004).

Várias pesquisas demonstram que as crianças com PHDA têm uma maior possibilidade de terem problema na linguagem expressiva do que na recetiva. Normalmente estas crianças falam mais em conversas naturais. Quando são confrontadas com tarefas que exigem a organização do discurso e da fala têm tendência a falar menos, de forma pouco fluente e menos proficiente na organização do discurso, visto este envolver a utilização de processos cognitivos mais elaborados, estão intimamente ligados ao planeamento, monitorização e organização do discurso e estas apresentam também dificuldades nas funções executivas.

Os estudos realizados referem que os problemas quando são convincentes têm uma maior probabilidade de se refletirem na linguagem expressiva, o que leva a que estas crianças apresentem uma difluência no seu discurso (Barkley, 2008; Lopes, 2004).

Apresentam taxas de retenção superiores às das crianças normais e, conforme as estimativas de alguns autores mais de 80% das crianças apresentam problemas de aprendizagem e/ ou de realização escolar e mesmo de abandono escolar (Barkley, Fisher, Edelbrock (1990), citados por Lopes (2003).

Noutros estudos realizados chegaram à conclusão que provavelmente 12 a 30% das crianças com PHDA apresentam dificuldades na área da matemática e 12 a 27% apresentam distúrbios na ortografia (Barkley, 2008).

É importante referir que a maioria das crianças com PHDA não apresenta dificuldades de aprendizagem nem défices cognitivos específicos. O mesmo acontece relativamente ao funcionamento intelectual, dado que, em média não se distanciam da população escolar (DuPaul & Stoner, 2007).

A frequente sobreposição de hiperatividade com as dificuldades de aprendizagem tem levado diversos autores a tentar explicar a natureza desta relação.

Em geral, as crianças que apresentam esta perturbação são reconhecidas como tendo sub-realização escolar e são também referenciadas para educação especial em maior número que os seus pares (Barkley, 1990; Biederman *et al.*, 1991; Abikoff *et al.*, 1977, *cit. in* Lopes, 1996).

Nos EUA, entre 30 a 40% das crianças com PHDA, são colocadas num ou mais programas de educação especial; 56% requerem a ajuda de um tutor; aproximadamente 30% ficam retidas em pelo menos um ano de escolaridade; 46% podem vir a ser suspensas da escola; e

entre 10 a 30% abandonam a escola ou não concluem o ensino secundário (Baptista, 2010, p. 46).

A ligação destes fatores concorre para que estas crianças apresentem taxas de retenção muito superiores às das crianças normais, sendo que, de acordo com os resultados de outros estudos, mais de 80% apresentam problemas de aprendizagem e/ou de realização escolar (Cantwell & Baker, 1992; Frick *et al.*, 1991; Lambert & Sandoval, 1980, *cit. in* Lopes, 1996).

Weiss e Hechtman (1993, *cit. in* Lopes, 2004) apresentam um esquema deste ciclo que ilustra bem o quanto é difícil a estas crianças, aos pais, professores, etc., alterarem esta situação.

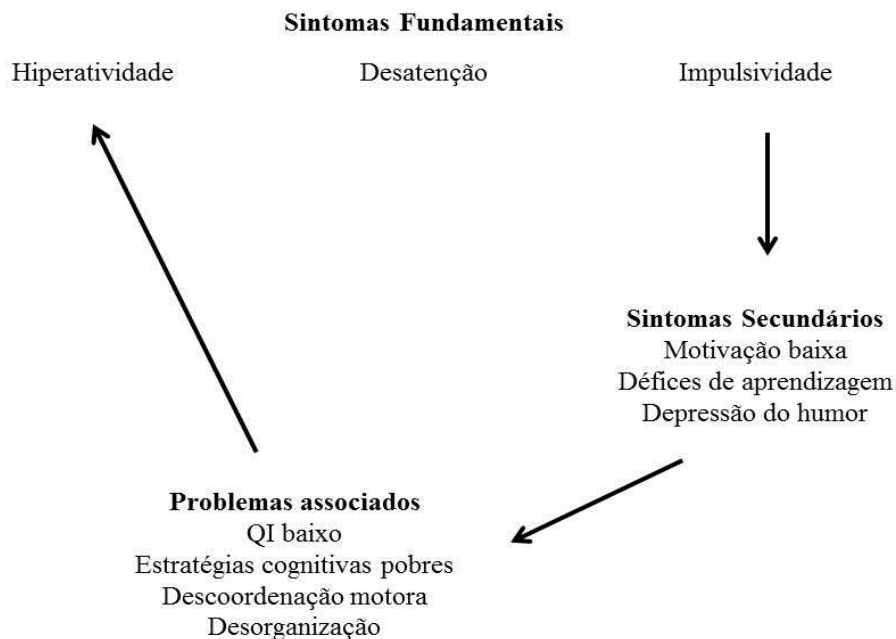


Figura 1 - Ciclo vicioso dos problemas escolares de crianças hiperativas

Fonte: (adaptado de Weiss e Hechtman, 1993, cit. in Lopes, 2004, p.112)

2.7.2. Desempenho social e comportamental

Iniciamos com a ideia de Barkley (2002) que diz que a PHDA evolui à medida que a criança cresce e é necessários mudar a forma como lidamos com ela. Uma estratégia que aos seis anos de idade funcionou muito bem, aos 16 anos pode não ter o mesmo sucesso. O mesmo autor mostra que 80% das crianças com PHDA.

Para o professor, a criança hiperativa assinala-se pela inquietação, a impulsividade, a falta de atenção, a agressividade e desobediência. Perante estes comportamentos, o professor avisa que algo se passa aconselhando os pais a recorrer a um psicólogo (Lorente & Encío, 2000).

A fase da entrada para a escola é algo medonho para os pais e para as próprias crianças com PHDA. Terá uma duração mínima de 12 anos e a criança irá durante todo esse tempo sentir o peso das suas incapacidades: ficar sentado, ouvir, obedecer, não

mostrar o seu comportamento impulsivo, organizar-se, cooperar com os seus companheiros, seguir instruções, partilhar, brincar e interagir com os outros de forma adequada. Todos estes fatores são essenciais para uma boa realização académica e a criança com PHDA sente-se incapaz de os praticar (Barkley, 2002).

A escola, mais concretamente, a sala de aula, pode ser um dos lugares mais difíceis para as crianças com PHDA, porque requer que elas ostentem um comportamento que muitas vezes é inverso à sintomatologia desta problemática (Kos, Richdale & Hay, 2006).

Estas crianças são muitas vezes rejeitadas pelos colegas devido à agressividade e aos problemas de comportamento, pois quando se dispõem a brincar com outras crianças, acabam sempre por discutir. A criança hiperativa não aceita perder, nem é capaz de seguir as regras de um jogo e a sua conduta é mais violenta e inquisitiva do que a de qualquer outra criança, pelo que costuma prejudicar os seus companheiros (Lorente & Encío, 2000).

Neste sentido, é importante focarmo-nos nos aspetos sociais, podendo estabelecer-se se estas crianças vão apresentar distúrbios concomitantes, ligados ao emocional. Assim, estas crianças podem apresentar distúrbios de oposição, distúrbios de conduta o que pode conduzir a comportamentos antissociais, hostis e negativistas. Estima-se que 34% apresenta perturbações de ansiedade e de humor e que 4% apresenta uma baixa autoestima e insegurança (Cordinhã & Boavida, 2008).

É importante frisar o raciocínio de Lorente e Encío (2000) ao afirmarem que, nesta idade, a criança hiperativa começa a manifestar dificuldades de aprendizagem, salvo duas exceções: os que trabalham diariamente com os pais no reforço das aprendizagens básicas anteriores, sendo possível nestes casos, que as dificuldades de aprendizagem da criança hiperativa passem despercebidas aos professores e os que possuem um alto nível de inteligência, podendo superar os anos de escolaridade com mais esforço do que os seus colegas. Nestes casos, as crianças progridem com classificações de suficiente, que não recompensam o esforço despendido. Por conseguinte, os professores não percebem o esforço dispensado e estas crianças ficam cada vez mais desmotivadas para as aprendizagens.

Vários estudos realizados sobre as interações infantis referem que os comportamentos desatentos, disruptivos, provocadores e desobedientes das crianças com PHDA induzem nos outros um comportamento claramente controlador e diretivo (Barkley, 2008).

As relações entre colegas continuam a ser fracas. É frequente a criança hiperativa apresentar problemas crescentes com baixa autoestima e depressão. Pode ocorrer um aumento no comportamento agressivo que a criança revela, particularmente na forma de episódios explosivos à frustração (Chaves, 1999).

Considerando a perspetiva de Fernandes (2007) o docente deve trabalhar com a criança a um nível pessoal, manifestando flexibilidade, tempo e energia, para que desta forma consiga um relacionamento promissor entre o professor e o aluno. Por isso, considera-se que a aquisição de conhecimentos sobre a problemática seja essencial, estes profissionais devem estar conscientes das características comportamentais associadas à PHDA, e que estas crianças/adolescentes não as manifestam de uma forma deliberada. Esta consciencialização vai certamente possibilitar uma intervenção mais adequada sobre os comportamentos indesejáveis ou perturbadores em contexto escolar.

Todos os problemas referidos anteriormente podem transportar as crianças com esta problemática a um ciclo vicioso de “comportamentos rejeitados”, “défices de realização”, “desmotivação”, “desânimo aprendido” e “comportamentos mais desajustados” (Lopes, 2004, p. 111).

Ainda podemos acrescentar que estes problemas associados acarretam consequências graves, no percurso de vida de todas as crianças com PHDA.

Neste sentido, se a perceção do professor for positiva face a estas crianças, muitas das questões que se lhes colocam são atenuadas; contudo, se acontecer o contrário, tudo se liga para que os problemas se continuem a avolumar para estas crianças (DuPaul & Stoner, 2007). Torna-se fundamental que os professores alterem as suas perceções e adquiram o máximo de conhecimentos face a esta problemática, para conseguirem apoiar ao máximo estas crianças no contexto escolar.

2.7.3. Implicações na vida familiar

Para Neto (2014), a PHDA representa para a família um maior desafio. Os familiares sentem grande incompreensão perante as razões pelas quais uma criança aparentemente “normal” tem muitas dificuldades em obedecer a regras e ordens, causando um desgaste físico e emocional muito grande.

Baseando-se em diversos autores reconhecidos, podem-se destacar os seguintes desafios:

Tabela 2- Comparação da PHDA na Infância e Adolescência

<i>Infância</i>	<i>Adolescência</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desobediência e indisciplina ▪ Acentuada irrequietude psicomotora ▪ Comportamentos disruptivos ▪ Maior risco de acidentes ▪ Pior desempenho escolar ▪ Dificuldades de aprendizagem ▪ Mais conflitos com pais e irmãos ▪ Menor produtividade e capacidade de organização dos pais ▪ Maior risco de separação dos pais ▪ Poucos amigos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oscilações de humor ▪ Baixa autoestima ▪ Sintomatologia depressiva ▪ Mais comportamentos de risco ▪ Maior risco de gravidez ▪ Abandono escolar precoce ▪ Dificuldades na adaptação social ▪ Maior tendência para o consumo do tabaco ou drogas ilícitas ▪ Comportamentos antissociais

Fonte: (adaptado de. Barkley & Benton, 2010)

Quando uma criança apresenta uma dificuldade que causa diversos constrangimentos, com um impacto negativo a nível social, os pais, no seu papel de educadores, podem ser vistos como os primeiros culpados e incapazes de conseguir resolver e lidar com a situação.

Nesta perspetiva, uma das principais dificuldades que os pais poderão ter de enfrentar é a crítica fora do ambiente familiar mais restrito (vizinhos, amigos). Noutras situações, são os familiares mais próximos, como os avós, os tios que temem comentários sobre a sua atitude. Afirmações como: “Tu já não tens mão nele... tens de lhe impor regras senão não sei onde isto vai parar...” acarretam mais pressão para estes pais e, por consequência, uma vivência de maior *stress* no meio familiar. Ao nível social, outra das possíveis consequências é o isolamento. Estas famílias começam a afastar-se dos seus

amigos e mesmo da própria família. A desilusão por não conseguirem que o filho se comporte com os outros, leva frequentemente a uma maior tensão familiar (Neto, 2014).

CAPÍTULO III – DIAGNÓSTICO, AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO

O diagnóstico de PHDA não é fácil de realizar por lhe estarem associadas outras comorbilidades e, por isso, os critérios de diagnóstico têm sido constantemente revistos ao longo dos anos, de forma a tornar mais claros os comportamentos identificativos e característicos desta perturbação.

Para formular um diagnóstico, é possível basear-se em resultados de respostas a questionários. Estes são instrumentos úteis, no entanto são apenas auxiliares de diagnóstico, que também eles carecem de interpretação. O mais utilizado destes questionários foi desenvolvido por Conners, aplica-se a pais e professores e foi padronizado pela Professora Ana Rodrigues, da Faculdade de Motricidade Humana, de Lisboa. O questionário dirige-se a um conjunto de comportamentos, graduados numa escala e que possibilita obter um perfil comportamental dessa criança. Além de ajudar no diagnóstico, os questionários podem ser úteis na avaliação da intervenção terapêutica (Antunes, 2011).

Sendo uma das mais utilizadas, a *Escala de Avaliação de Conners*, é uma versão para pais e uma versão para professores. Na versão para pais, os itens distinguem sintomas ao nível dos problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem, impulsividade hiperatividade e ansiedade. Na versão para os professores, os itens diferenciam sintomas de hiperatividade, falta de atenção, impulsividade, assim como problemas de comportamento e ansiedade. É a partir de uma avaliação mais pormenorizada, integrando-se nos vários contextos em que a criança apresenta dificuldades, que se poderão encontrar estratégias e o plano de intervenção mais adequado, com o objetivo de obter melhores resultados (Neto, 2014).

Exemplo clínico:

O Carlos, de 10 anos, é uma criança que tem dificuldades em manter-se atenta nas aulas. Sempre teve dificuldade em manter-se quieto; no entanto, a agitação motora foi diminuindo com o tempo. Não se concentra, resiste frequentemente às tarefas escolares, principalmente quando envolvem a escrita. Frequentemente assume uma atitude de desafio ou de recusa do trabalho, quase como que a testar os limites. Apresenta maiores dificuldades na caligrafia, ortografia e em escrever/organizar textos.

À medida que os anos de escolaridade foram avançando e a complexidade das matérias aumentando, foi sendo cada vez mais difícil, deixando muitas vezes questões por responder ou respondendo de forma incompleta. É descrita como uma criança desorganizada no que respeita ao trabalho escolar e aos seus materiais ou bens (Neto, 2014, p. 44)

Avaliação: esta criança deve ser avaliada no sentido de confirmar os diagnósticos de PHDA: Perturbações de Oposição e Desafio e Dificuldades Específicas de Aprendizagem.

A avaliação é um momento muito importante e crucial, pois é ela que permite confirmar o diagnóstico e a utilização mais eficiente de um determinado tratamento. Tendo em conta que a PHDA não tem cura e que esta se apresenta em grupos heterogéneos, a intervenção, seja ela qual for, deve adaptar-se a cada indivíduo. Só pelo conhecimento de cada caso, poderão ser aplicadas diferentes técnicas de intervenção, desde a medicação, às terapias comportamentais, cognitivas ou psicossociais.

No capítulo anterior, procurámos demonstrar que identificar crianças com PHDA em contexto escolar, deverá ter como objetivo implementar um plano educativo adequado à multiplicidade das necessidades das crianças. No presente capítulo, refletiremos sobre o diagnóstico e a intervenção.

3.1. Diagnóstico

“Viemos aqui para que o doutor nos diga se o meu filho é hiperactivo...”
(Antunes, 2011, p. 144).

De acordo com a citação acima mencionada, muitas vezes o início da consulta é assim. A atitude de admiração, descrença e desapontamento é, por vezes, cómico quando se responde: *“eu não sei...digam-me os senhores!”*. A PHDA não tem um marcador biológico, um parâmetro mensurável que possibilite afirmar a presença da disfunção. O médico não solicita análises, exames, para diagnosticar um défice de atenção.

“Não sei...digam os senhores”, digam os familiares, mas também os professores, que permanecem com as crianças a maior parte do seu tempo, uma vez que o diagnóstico de PHDA não se baseia na observação do médico, mas na dos pais.

Este tema assume uma grande relevância, no meio social pela alta prevalência em crianças em idade escolar, pelas altas taxas de comorbilidades a ele associadas, pela persistência dos sintomas e pelo seu impacto na vida adulta (Sennyey et al., 2008).

Assim, segundo Cruz (2008) surge o interesse em obter uma definição e etiologia claras do transtorno, bem como o de elaborar instrumentos de diagnóstico e avaliação. O objetivo é apenas um: o de garantir o processo de tratamento da hiperatividade.

Para um correto tratamento da PHDA é necessário um correto diagnóstico (Selikowitz, 2010). Para que possamos então estabelecer um diagnóstico tão rigoroso, quanto possível é necessário definir um método (Falardeau, 1997).

Barkley (2008) salvaguarda que a avaliação de uma criança deve ser feita de acordo com a particularidade que cada caso apresenta e não por métodos que os clínicos conhecem ou preferem. Por esse motivo a avaliação muda de caso para caso e são utilizados diferentes métodos à medida que variam as questões envolvidas.

Lorente e Encío (2000) afirmam que não é a criança que deve procurar a ajuda de profissionais para uma avaliação, mais sim os adultos que com ela convivem, pois para a criança todos os seus comportamentos são normais.

Assim, segundo García (2001), geralmente pais e adultos têm formado o seu próprio juízo sobre qual o comportamento correto da criança e a partir desse juízo julgam se o modo habitual de uma determinada criança se comportar é normal ou desviante e concluem se é necessário ou não proceder a uma avaliação.

No que concerne à entrevista com os pais, Barkley (2008) e Phelan (2005) dizem que esta é a fonte mais vital de informação e é uma parte indispensável na avaliação de qualquer criança pois nenhum outro adulto possui tanta riqueza de conhecimentos.

Através do diálogo com os pais, o especialista consegue construir uma representação do ambiente presente no seio familiar e do contexto em que a criança evolui. Contudo é necessário tomar alguma prudência na ênfase dada a esses testemunhos, pois alguns pais podem minimizar ou maximizar os factos (Bonnet & Bréjard, 2008). Com esta entrevista é também recolhida informação sobre o desenvolvimento e a conduta da criança, para tentar descobrir algumas das possíveis causas da hiperatividade (Lorente & Encío, 2000).

Para Barkley (2002) esta entrevista com os pais tem vários propósitos: estabelecer harmonia entre os pais e quem vai examinar o filho, fornecer ao profissional a visão dos pais sobre os problemas do filho, mostrar o quanto os problemas da criança afetam a família; mostrar a relação dos pais com o filho (contribuição ao problema dele); e por último o mais importante determinar um diagnóstico do problema da criança e proporcionar recomendações de tratamento.

Segundo Antunes (2011), durante o encontro com os pais há que responder a algumas questões: *tem ou não esta criança maior dificuldade que outras da mesma idade em se concentrar em tarefas que exigem esforço mental?* Torna-se uma pergunta importante, com diversos elementos de grande relevância. É necessário saber qual é a capacidade de atenção para cada etapa do desenvolvimento. É necessário referir que a avaliação da capacidade de atenção se deve fazer quando a criança ou adulto, se encontra integrado em tarefas que requerem esforço mental. Definida a presença de uma dificuldade em manter a atenção, a questão seguinte associa-se às circunstâncias em que esta surge. Se o défice de atenção é intrínseco à criança, o problema manifestar-se-á em mais de uma situação ou local. *A dificuldade de concentração está presente na escola e em casa?* A Dr.^a Daniela Nascimento, do Núcleo de PHDA do CADIn, responde da seguinte forma:

As implicações do Défice de Atenção verificam-se nas rotinas diárias. Os pais ficam transtornados porque os filhos não são autónomos, não se organizam no tempo, não conseguem responsabilizar por despir/vestir, tomar banho, comer... como resultado os pais subestimam-nos em quase tudo, e as crianças tornam-se muito dependentes. E estamos a falar de rotinas que acontecem antes do tormento final... os TPC. Socialmente também são crianças com dificuldade em jogo de grupo, principalmente se implicam um planeamento... com regras a cumprir... facilmente as esquecem! O caos instala-se e os amiguinhos para a próxima já sabem o que fazer... brincar sem o desatento. Há crianças com Défice de Atenção que conseguem funcionar sem dificuldade a vários níveis à excepção do académico, mas acho que não é a maioria (Antunes, 2011, p. 146).

Outra das questões é, de igual modo, importante: a dificuldade de atenção prejudica a criança de forma clara? A avaliação da PHDA tem de se prolongar para lá dos resultados escolares, apesar destes serem uma preocupação fundamental. Atualmente, é cada vez menor o tempo de convívio entre pais e filhos. O *stress* dos trabalhos de casa, realizados muitas vezes tardiamente, sendo as únicas disponíveis, com uma criança desatenta e cansada, dificulta um quotidiano já difícil (Antunes, 2011).

Uma outra questão que explica porque o diagnóstico é clínico, baseia-se na interpretação de observações e relatos, não se apoiando somente em dados estatísticos obtidos através de questionários. Diz respeito à Exclusão de outros fatores que possam explicar as dificuldades de concentração. Existirá algo que perturbe o equilíbrio emocional da criança? Um possível divórcio? A doença de alguém que lhe é próximo? Perante estas interrogações, a criança deverá ser avaliada no seu contexto familiar e escolar e, compreendida a sua rede de ligações emocionais, hábitos diários. O diagnóstico de PHDA reside na compreensão do dia-a-dia da criança e sua família, na análise das

atitudes na aula, pelos momentos de lazer, através de perguntas simples e pela observação do comportamento no consultório durante a consulta, ou seja, no entendimento do que dizem os gestos, movimentos e olhares – códigos que têm como objetivo verificar se a dificuldade de atenção é desproporcionada, prejudicial e inexplicada por fatores emocionais.

3.2. Intervenção

Lopes (2004) afirma que não há cura para a PHDA, porque também não se trata de uma doença. Deste modo, o autor propõe que se tente lidar com a situação procurando mantê-la dentro de limites que não se manifestem ofensivos nem para a criança, ou adolescente, nem para quem convive com eles.

Depois de estar confirmado o diagnóstico, tanto a criança como todos os que fazem parte da sua envolvência diária terão que ser submetidos a um processo adaptativo. É fundamental que toda a família e pessoas que lidam com a criança entendam que têm que se adaptar a novas realidades, pelo menos até a situação amenizar. Um ambiente seguro e estruturado, facilitará a superação desta perturbação (Falé, 2007). Neste sentido, Falardeau (1997) refere que os pais devem ser informados sobre a natureza da hiperatividade, das suas causas possíveis, do prognóstico e dos medicamentos.

Assim, para Madureira et al., (2007) a intervenção inicia-se, com uma explicação aos pais e professores sobre os comportamentos típicos da PHDA, para que haja possibilidades de melhor aceitação e compreensão. Estes devem aprender a utilizar estratégias comportamentais e educacionais de forma a criar uma estrutura adequada à criança. Essas estratégias passam pela promoção do reforço positivo, a melhoria da sua autoestima e a evitação de confrontos.

Os diversos tipos de tratamento podem ser agrupados de acordo com a sua forma de atuação: uns procuram reduzir os sintomas específicos da PHDA e os outros direcionam-se para atenuar outros problemas que costumam estar associados a esta problemática (Shelton & Barkley, 1995).

Todavia, é necessário ter presente que a intervenção não pode ser um método isolado, devido aos sintomas abrangentes da PHDA, sendo por isso necessário uma forma de intervenção combinada (Shelton & Barkley, 1995; Rodrigues, 2008). Também temos

que ter em atenção, os vários contextos de atuação das crianças, uma vez que a intervenção deve ir ao encontro dos mesmos, em virtude, dos problemas ocorrerem em todos eles. Deste modo e segundo Lopes (2004), existem contextos primários, que envolvem a família e a escola e contextos secundários, que abarcam todos os outros contextos de atuação, tais como, espaços públicos, locais de lazer, casa de familiares e amigos, entre outros.

3.2.1. Intervenção em contexto familiar

Se não é fácil educar uma criança com PHDA, mais difícil é ser mãe ou pai dessa mesma criança. Para além disso, em Portugal, é muito difícil encontrar alguém que possa elucidar os pais acerca dos problemas dos filhos e sobretudo ajudá-los a enfrentar e a lidar com a situação (Lopes, 2004). A criança hiperativa mostra-se desobediente, inquieta, impulsiva, muito instável emocionalmente e explosiva em termos de temperamento (Lorente & Encío, 2000), pelo que Parker (2003) refere que, normalmente, em casa, têm dificuldade em agir em conformidade com as instruções dos pais o que vai levar a que a paciência destes últimos seja muitas vezes levada aos limites.

Os pais necessitam de compreender que a atitude de uma criança pode advir de diversos fatores como: temperamento e aptidão com que nasce, a idade, o estágio de desenvolvimento, os valores por si transmitidos e a adaptação emocional da criança. Enquanto não perceberem qual destes fatores afeta a criança, não podem gerir eficazmente os seus comportamentos (Parker, 2003). Devem ainda compreender, segundo Lorente e Encío (2000) que a criança hiperativa tem muita dificuldade em seguir qualquer norma de conduta, ordem ou diretriz e ao contrário das outras crianças aprende a controlar a sua conduta de forma muito mais lenta, pelo que os pais devem-na ir responsabilizando progressivamente.

Sauvé (2006) diz que os pais necessitam de ter diversos meios de ação, para fazer face às reações da criança vítima de hiperatividade e para isso sugere um conjunto de estratégias que no seu ponto de vista, são muito eficazes. Ao serem aplicadas com lógica e persistência, podem levar à aquisição de resultados proveitosos. De entre muitas destacamos algumas: meio estável, calmo e estruturado (proporcionar um ambiente onde não existam desordens nem transformações, evitar a presença de meios capazes de

desencadear agitação como gritos, ou barulhos inúteis, respeitar a rotina diária com atividades e tarefas previsíveis); regras simples realistas e coerentes (as regras devem ter um número limitado, ser muito claras, estáveis e coerentes, as instruções devem ser lembradas frequentemente, o acompanhamento das regras deve ser feito em equipa devendo haver sempre consenso entre os pais); os pedidos devem ser formulados em frases curtas e claras (utilizar vocabulário claro e concreto, não mandar fazer várias coisas ao mesmo tempo); incentivar a autoestima; confiar à criança a responsabilidade das boas e más ações; escolher cumprir ou desrespeitar (se a criança não obedece, então aplica-se imediatamente uma consequência); experienciar o sucesso (dar-lhe tarefas do seu gosto com regularidade, praticar atividades de lazer que lhe interessem).

Barkley (2002) enuncia também alguns princípios que os pais devem cumprir ao intercederem junto dos seus filhos. Para o autor são princípios árduos de obedecer, mas serão os essenciais para os pais acompanharem os filhos de forma pacífica e eficiente. Também para Lopes (2004), estes princípios possibilitam aos pais o acesso a linhas orientadoras específicas que já têm vindo a provar a sua eficiência com muitas crianças com PHDA. Assim, os princípios enunciados por Barkley são: dê respostas e resultados mais imediatos ao seu filho; dê respostas mais frequentes ao seu filho; utilize resultados mais potentes e abrangentes; utilize incentivos antes de punir; exteriorize tempo e pontes de tempo quando necessário; exteriorize a informação importante no ponto de performance; exteriorize a fonte de motivação no ponto de performance; torne mais físico o pensar e a resolução de problemas; lute por consistência; não fale muito, aja; previna-se com antecedência para situações complicadas; preserve uma perspetiva da deficiência; não particularize os problemas ou transtornos do seu filho.

É muito comum o pai e a mãe manifestarem desigualdades significantes na sua abordagem ao filho com PHDA. Essa situação origina pressão entre ambos e uma imensa desordem na cabeça da criança (Parker, 2003). Cabe-lhes a eles darem o máximo de si, aprenderem com os erros e ajudar o seu filho em todas as suas dificuldades, tal como refere (Selikowitz, 2010).

Tratando-se a PHDA de um problema de não conseguir fazer aquilo que se sabe que deveria ser feito, este programa encaminha os pais a orientarem os seus filhos no sentido da autorregulação de forma a redirecionarem as suas atitudes para objetivos futuros, promovendo a realização completa de tarefas e o cumprimento de regras (Barkley, 2002, cit. in Júlio, 2009, p.54).

3.2.2. Intervenção farmacológica

Segundo Garcia (2001, pp. 91-92),

o tratamento farmacológico, especialmente a prescrição de estimulantes é um método frequente e tradicional. A sua aceitação entre os profissionais e os pais explica-se pela facilidade de administração e pela rapidez dos seus efeitos sobre as condutas mais alternadas.

Relativamente aos tratamentos medicamentosos, salienta-se que só se prescrevem em último caso e só devem ser tomados por crianças com mais de seis anos. Quando isso acontece, todos os que intervêm com o paciente devem ser e estar vigilantes. Como os sintomas da hiperatividade são devidos a uma ausência de controlo, por sua vez causada pela dificuldade das células cerebrais segregarem os transmissores neurais, principalmente a dopamina, a forma de tratar essa afeção é atuar sobre a célula cerebral, ou seja, melhorar a sua capacidade de separar esse transmissor cerebral (Garcia, 2001).

Relativamente ao tratamento farmacológico (medicação), Parker (2003); Bonnet e Bréjard (2007); Lorente e Encío (2000) dizem que, à semelhança de outras desordens que se manifestam na infância, a medicação não cura definitivamente a criança, apenas ajuda a controlá-la e a aliviar os principais sintomas. Isto significa que quando a criança se esquece de tomar os medicamentos, os sintomas comportamentais e a instabilidade reaparecem.

Segundo Parker (2003), nem sempre é necessária medicação, porque em algumas situações os défices são ligeiros, podendo ser geridos apenas com estratégias de modificação de comportamentos e por vezes, os ambientes escolar e familiar são flexíveis, permitindo mudanças de forma a combater os défices de atenção apresentados pela criança, como por exemplo: redução das turmas, maior supervisão por parte do professor e/ou pais, tarefas mais reduzidas, entre outras.

O tratamento tem como finalidade melhorar o comportamento dos doentes e não a obtenção de melhores notas na escola. Este facto será uma consequência da evolução positiva desta síndrome e não uma finalidade (Garcia, 2001).

Os pais têm o direito de ser informados das consequências desse tratamento, na medida em que a medicação, por si só, traz vantagens só a curto prazo, assim como as consequências do não-tratamento - baixa autoestima, insucesso escolar e académico,

aumento no risco de comportamento antissocial e continuação e agravamento dos sintomas (op. cit.).

Inúmeras pesquisas apontam para três grupos de medicamentos que ajudam neste tipo de intervenção sendo eles: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos (André & Júnior, 2007; Barkley, 2002; Lopes, 2004; Polaino- Lorento & Encío, 2002; Rodrigues, 2008).

Os estimulantes são os fármacos que corrigem alterações bioquímicas, que influenciam o controlo de impulsos e a atenção, sendo os mais utilizados e os que divulgam resultados mais eficazes (Cordinha & Boavida, 2008; Madureira, Lopes, Paúl & Boavida, 2007). O uso clínico de estimulantes em crianças com PHDA foi descrito por Bradley (1937, cit. por Barkley, 2008) e desde essa altura que se tem difundido estimando-se que 2% das crianças norte-americanas escolarizadas no ensino básico tomem medicação para tratar esta problemática (García, 2001).

Barkley (2008) diz existirem muitas opções de tratamento disponíveis, como também existem para qualquer outro transtorno mental. Neto (2010), Parker (2003) e Lopes (2004) dizem que os três estimulantes mais recomendados, no tratamento da hiperatividade são: o metilfenidato (Ritalina), a dextroanfetamina (Dexedrine) e a pemolina (Cylert).

Estes psicoestimulantes vão atuar nos neurotransmissores, aumentando o nível de atividade cerebral, e permitem que a criança focalize melhor a sua atenção, regule a atividade motora, controle a impulsividade, melhore a coordenação visual-motora e acima de tudo mostre um comportamento mais intencional direcionado para objetivos (Parker, 2003). Lopes (2004) diz que esta medicação tem de ser administrada diariamente e por um longo período de tempo, pois só assim será possível melhorar a atenção, melhorar o controlo dos impulsos, a coordenação dos movimentos finos e o tempo de reação. O mesmo autor defende que a medicação com estimulantes é bastante benéfica, porque aumenta a capacidade de evocação ou rememoração. Há um aumento substancial na quantidade de trabalho que a criança é capaz de produzir, bem como da precisão do mesmo.

Segundo Falardeau (1997), para que o tratamento farmacológico seja eficaz é necessário que a medicação seja administrada de uma forma adequada. A primeira etapa encontrar a dose ideal, pois uma dose excessivamente fraca pode não produzir qualquer

efeito e uma dose demasiado elevada conduzirá a uma diminuição da eficácia e a um acréscimo dos efeitos secundários.

Para Rodrigues (2008), a administração de estimulantes requer um estudo diário e pormenorizado do comportamento da criança e uma avaliação clínica periódica, realizada por um médico e verificando a sua evolução.

A medicação estimulante, tal como as outras medicações tem efeitos colaterais, sendo os mais comuns: perda de apetite, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, insónias, dores de cabeça, alteração de humor, sensação de ansiedade, boca seca, tiques nervosos, psicose temporária e comprometimento do crescimento (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Neto, 2010; Selikowitz, 2010).

Diversos estudos revelaram que o uso de estimulantes não cria dependência nenhuma quando devidamente administrados. Em 1999, cientistas de Boston provaram que as crianças com PHDA que tomaram ritalina periodicamente durante a infância, ostentavam um risco de 85% menos de consumo abusivo de qualquer tipo de substâncias relativamente ao das crianças com PHDA que não tinham tomado essa medicação (Selikowitz, 2010).

Por um lado, apesar de contribuir muito positivamente e ter mostrado ser um tratamento eficaz e seguro, Barkley (2002) e Fernandes e António (2004) esclarecem que a medicação por si só não se tem revelado suficiente na maioria dos casos, até porque algumas crianças nem sequer respondem à medicação e mesmo entre as que respondem, uma grande parte não age normalmente nos seus comportamentos, na postura escolar e na relação com os colegas, enquanto tomam a medicação. O primeiro autor explica ainda que muitas crianças apresentam, para além da PHDA, transtornos psicológicos e dificuldades de aprendizagem, pelo que a medicação para a PDAH não vai ao encontro desses outros transtornos adicionais.

Assim, conclui-se que os problemas sociais de habilidade com os colegas, as dificuldades de aprendizagem, os comportamentos desafiadores e antissociais, não desaparecerão com o tratamento medicamentoso.

Por outro lado, inúmeros estudos, revelando embora que os estimulantes são uma opção de intervenção, preconizam que nem todas as crianças devem ser sujeitas a este tipo de intervenção. A sua prescrição deve ter em conta alguns fatos, tais como: a idade da criança, a duração e a severidade do problema; a história de sucesso ou fracasso de medicações anteriores; a ausência na história familiar de tiques ou Síndrome de Tourette;

os níveis de ansiedade dentro do normal; a motivação dos pais para o tratamento; a ausência de abuso de estimulantes por parte dos pais; e responsabilização dos pais em seguir as normas da administração, consoante o prescrito (Rodrigues, 2008).

Segundo Rodrigues (2008) a utilização deste tipo de medicação deve assentar numa correta avaliação clínica, numa análise pormenorizada da frequência e intensidade dos sintomas e no grau de disrupção.

3.2.3. Modificação comportamental

As técnicas que se baseiam na intervenção comportamental procuram controlar e moldar o comportamento através de mecanismos de influência exteriores. “O objetivo das terapias comportamentais é o de reduzir a frequência de comportamentos inadequados e aumentar a frequência de comportamentos desejados” (Lourenço, 2009, p. 51).

As crianças com PHDA podem beneficiar com a utilização dos programas de modificação do comportamento, pois conseguem muitas vezes melhorar o seu desempenho escolar. Este programa baseia-se na melhoria do comportamento da criança na realização de tarefas, reduzir a tendência para falar em demasia, melhorar a organização e apresentação dos trabalhos, etc. (Parker, 2003).

Apesar disso, a intervenção comportamental deve centralizar-se na criança, mas é necessário que haja o envolvimento dos pais e toda a comunidade educativa que trabalha com ela. Todavia, trata-se de uma gestão efetiva de comportamentos através da aplicação de contingências (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Considera-se que em qualquer comportamento, seja ele ajustado ou não, atuam fatores biológicos, a história das aprendizagens do próprio sujeito e as condições físico-ambientais em que este se desenvolve, de tal forma que os comportamentos aprendem-se, mantêm-se e modificam-se pelos mesmos princípios, independentemente de serem considerados socialmente adaptados ou inadaptados.

De acordo com a perspetiva de Vásquez (1993, pp. 172-173) “em qualquer tentativa de ajudar a reduzir ou eliminar a PHDA nas crianças, é essencial que os princípios de modificação de comportamentos sejam aplicados adequadamente por pais e professores.” O esquema geral que é normalmente utilizado é o seguinte: definir operacionalmente o comportamento problemático; registar a medida inicial do

comportamento; analisar os motivos que fazem persistir o comportamento; programar novas formas de reforço aplicando o programa de intervenção desejado; avaliar se a mudança foi de facto efetiva; prosseguir com o programa.

Uma das estratégias de intervenção comportamental mais importante é o uso de reforços, podendo ser de ordem material, social ou afetiva. No que se refere aos reforços sociais, é basicamente considerar afetivamente e socialmente a criança, através de um sorriso, de um sinal de aprovação, de um afeto (Parker, 2003). Os programas mais notórios são os programas de “token” (economia de fichas e contratos entre professor e alunos). O programa de “token” tem o benefício de garantir que a atitude adaptada seja reforçada de imediato após a sua realização, ou seja, dão-se fichas às crianças, que elas vão reunindo e que, depois de um determinado montante, elas poderão substituir por uma recompensa escolhida. Normalmente estes contratos são estabelecidos entre o professor e a criança ou entre a criança e os pais, onde são elencados os comportamentos desejáveis e suas consequências (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Uma outra estratégia é a punição, na qual é aplicada uma consequência negativa, que pretende diminuir a frequência do comportamento a que este se segue. Contudo, deve ser utilizada em última instância, ir só no caso de comportamentos gravíssimos. O custo deste comportamento poderá ser feito de várias formas: avisos, perda de privilégio, reprimendas (Rebelo, 1997).

Outra estratégia pode ser a extinção, que se baseia em ignorar um determinado comportamento, de forma planeada e de maneira a reduzir a sua frequência (Wilkinson & Lagendijk, 2007).

A eficácia destas estratégias de intervenção parece comprovada. Contudo o desafio coloca-se em integrar estas mesmas estratégias no funcionamento escolar.

3.2.4. Modificação cognitivo – comportamental

Segundo este modelo de intervenção, a mudança do comportamento é conseguida através da mudança gradual da forma como os indivíduos pensam, experimentam e interpretam as situações. Assim sendo, a abordagem cognitivo-comportamental aponta para a utilização de algumas técnicas fundamentais para a promoção da progressiva

autorregulação por parte da criança ou adolescente com PHDA. São elas, a automonitorização, o autorreforço e a autoinstrução (e. g., Malaca, 2008; Júlio, 2009).

Esta intervenção a nível cognitivo-comportamental tem como principal objetivo reduzir o sofrimento psicológico das crianças através de mudanças dos processos cognitivos e nos modelos de comportamento disfuncionais, isto é, intervir na forma como elas pensam, vivem e interpretam as situações (Alfano, Coutinho & Vianna, 2008).

Este tipo de terapia é uma das formas mais atuais para o tratamento da PHDA e incentiva o aumento do uso da linguagem como fator responsável por interiorizar o controlo sobre o comportamento.

A estratégia de auto monitorização consiste em mostrar à criança a capacidade de observar, de avaliar e controlar as suas atitudes e registá-las, o autorreforço baseia-se em a criança aprender e utilizar os seus reforços quer sejam positivos, quer sejam negativos. Os autorreforço pode ser em forma de registo de fichas, acumulação de cartões ou através da aplicação de autoelogios e a autoinstrução é a estratégia onde a criança aprende por ensino e treino e que se destina a desenvolver capacidades de controlo do seu próprio comportamento. Por último o “*role play*”, baseia-se em ensinar as crianças maneiras mais funcionais de agir em determinadas situações (Alfano, Coutinho & Vianna, 2008; Wilkinson & Lagendijk, 2007).

Bonnet e Bréjard (2007) referem ainda que é importante reunir no programa geral um subprograma destinado aos pais, outro destinado à escola e outro destinado à criança, pois é de extrema importância que pais e professores reconheçam o compromisso que têm para com estas crianças e reconheçam igualmente que elas necessitam de um controlo externo maior e de um ambiente o melhor estruturado possível para que se possam desenvolver adequadamente.

Defendem ainda, que o tratamento comportamental visa também a planificação da ação, mobilizando as capacidades de imagiologia mental. Bonnet e Bréjard (2007) apresentam algumas técnicas utilizadas para trabalhar estes comportamentos: a **resposta diferida** em que se impõe à criança um tempo de latência entre o estímulo e a sua resposta. O Jogo do UNO é muito eficaz para trabalhar este comportamento. O terapeuta separa 20 cartas e entre elas há 4 negras. Ao mostrá-las, uma de cada vez, à criança, esta deverá dizer *STOP* quando vir uma carta negra, mas apenas poderá fazê-lo quando sair a carta seguinte; a **inibição de resposta** em que a criança deve abster-se de dizer ou fazer. O “jogo do passarinho” é comumente utilizado neste tratamento. O terapeuta segura uma

bolinha e lança-a ou finge lançá-la para a criança. Esta só deverá abrir as mãos se esta for realmente lançada. Se a agarrar quando ela for realmente lançada ganha um passarinho, se abrir as mãos sem que esta tenha sido lançada perde passarinhos; a **resposta inversa** em que se exige à criança um diferimento da resposta, porque o comportamento pedido contraria o que a criança costuma a fazer espontaneamente. Assim, esta deverá fazer o inverso da instrução que lhe é dada, ou seja fazer o contrário do que vê fazer.

As intervenções cognitivo-comportamentais pressupõem uma intervenção direta com a criança num contexto clínico cujo objetivo é a melhoria do autocontrolo, com base em estratégias como o modelling, a autoinstrução, role-playing entre outras (Melo, A. R., 2003, cit. in Lourenço, 2009, p. 52).

3.2.5. Intervenção psicossocial

A intervenção psicossocial é referida como um tratamento proeminente pela APA (2000 e 2001) e pela AACAP (Academia Americana de Psiquiatria da Infância & Adolescência, 2007).

Segundo Barkley (2000, citado por Rodrigues, 2008, p. 12), esta intervenção pode “dividir-se em três grupos de estratégias: o treino dos pais; a implementação de programas de modificação do comportamento em situação de sala de aula e a colocação no Ensino Especial.” Estas estratégias centram-se mais na família e na escola.

A intervenção com a família pode adotar diferentes formas: 1) o programa de treino para pais que tem como objetivo primordial, melhorar as relações entre pais e filhos e apontar aos pais diferentes formas de lidarem com os comportamentos dos seus filhos. Este programa, segundo Barkley, deve compreender as seguintes questões: conhecimento geral acerca da PHDA; as causas dos problemas de comportamento da criança; aprendizagem e desenvolvimento das habilidades responsivas dos pais; dar atenção aos comportamentos adequados da criança; implementar em casa sistemas de quadros de reforço; aprendizagem e controlo de comportamentos em lugares públicos; prevenir futuros problemas. 2) os grupos de suporte para pais é outro tipo de intervenção no âmbito familiar. O objetivo deste grupo é a interajuda e apoio mútuo entre pais. 3) intervenção na relação pais-filhos, esta intervenção é constituída por uma combinação de aconselhamento dos pais e as terapias cognitivo-comportamentais (Rodrigues, 2008).

A autora Ana Rodrigues (2008), professora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, apresenta um outro modelo de tratamento/intervenção

psicossocial que envolve uma série de componentes. Foca a sua intervenção na diminuição dos comportamentos associados à PHDA e no desenvolvimento de competências pessoais. Para isso propõe uma Intervenção em Contexto Escolar, em que se apresentam adaptações nos currículos e intervenção ao nível comportamental na sala de aula; outro tipo de intervenção é a Intervenção Familiar, através de treino parental e terapia familiar. Os agentes envolvidos são os pais, os professores e o próprio aluno, e também, Psicólogos, Terapeutas, Médicos, Técnicos de Ação Social e Enfermeiros.

Moreira (2008) argumenta que o jogo simbólico, o “faz-de-conta”, ajuda a eliminar medos e vivências anteriores mais difíceis, permitindo uma organização interior, promotora de aprendizagens, da criação de afetos, de perceção do corpo e da emergência dos pensamentos.

Uma possível forma de intervenção, que ajudará a controlar os comportamentos motores desajustados, é a Psicomotricidade, que intervindo nas múltiplas expressões do corpo, permite a melhoria da concentração e da atenção, bem como o desenvolvimento de capacidades de autocontrolo, diminuição da impulsividade, redução da hiperatividade e atenuação dos comportamentos disruptivos, melhoria das competências sociais e promoção da comunicação verbal e não-verbal. Uma das técnicas muito usadas na Psicomotricidade é o relaxamento, que permite à criança diferenciar os seus momentos de excitabilidade e de tensão e aprender técnicas para relaxar (Rodrigues, 2008).

Um aspeto muito importante da intervenção ou tratamento psicossocial é o envolvimento e o apoio da família. O tratamento da PHDA não envolve só o indivíduo que sofre desta perturbação. Todos os que com ele lidam diariamente e com a sua problemática estão igualmente envolvidos nas diferentes formas de tratamento/intervenção. A família ocupa, então, um lugar primordial, pois a seguir à escola, a casa e consequentemente, a família, são os agentes que mais interagem com o indivíduo com esta perturbação.

Alguns programas de treino de pais têm-se mostrado eficazes na alteração de comportamentos (...), sobretudo em (...) crianças em idade escolar. (Fiore, Becker & Nero, s/d, citado por Rodrigues, 2008, p. 13).

Os programas de treino e aconselhamento propostos para os pais são também muito úteis para as crianças com PHDA. Os programas de apoio, ou as terapias de apoio, ajudam a criança a ultrapassar os sentimentos de baixa autoestima, de depressão e a

apreender padrões de comportamento mais eficazes na resolução de problemas. (cf. Parker, 2003).

A intervenção psicossocial também abarca a intervenção em contexto escolar e os seus professores, a qual será abordada de seguida.

3.2.6. Intervenção em contexto escolar

“... todos os nossos alunos podem aprender. Todos eles querem ter sucesso na escola e desenvolver competências e aptidões. Todos se querem divertir, querem fazer amigos, ser aceites e sentir que fazem parte da comunidade” (Rief & Heimburge, 2000, p. 188).

As crianças com PHDA, tal como já referimos anteriormente, têm muitas dificuldades no relacionamento interpessoal, nomeadamente com os seus pares, falam em demasia, têm uma atividade motora excessiva, não são capazes de se organizar sozinhos, sendo todas estas características incompatíveis com o contexto escolar. Neste sentido a escola, é agora mais do que nunca uma instituição educativa por excelência, já não se limitando apenas a ensinar matérias escolares, mas também a transmitir uma série de valores éticos e morais. Na escola, a maioria das crianças hiperativas são desobedientes e suscitam problemas de disciplina, rejeitando as ordens do professor; na relação com os seus pares são elas que controlam; podem apresentar dificuldades de aprendizagem (40 a 50%) e baixo rendimento escolar, devido à hiperatividade, impulsividade e falta de atenção (Lorente & Encío, 2000).

Segundo Lopes (2004) a intervenção junto destas crianças deverá ser compreendida na procura de uma forma de lidar com a situação e procurar suportar as dificuldades dentro dos limites, que não se apresentem arriscados para a própria criança nem para os que com ela convivem.

Infelizmente, alguns professores continuam a refutar a existência deste transtorno e procedem sempre da mesma maneira. Para eles, estas crianças continuam a ser mimadas e indisciplinadas e os causadores desta indisciplina são, inequivocamente, os pais (Sosin, 2006). As suas queixas mais frequentes são que a criança hiperativa não consegue ficar no seu lugar, importuna os colegas, durante o trabalho, não se focaliza nas explicações e não faz, na totalidade, as atividades que lhe são solicitadas (Lorente & Encío 2000).

No que respeita à intervenção em contexto escolar DuPaul e Stoner (2007) mencionam um conjunto de bases conceituais nas quais assenta esta intervenção: a PHDA

deve ser vista como uma situação grave, que se mantém ao longo do tempo e que tem associados comportamentos de difícil gestão em sala de aula; os comportamentos académicos e sociais estão interligados e procedem de problemas ligados à instrução; os profissionais envolvidos com crianças com PHDA devem adotar uma perspetiva educativa para os problemas de comportamento; lidar de modo eficaz e educativo com os problemas de comportamento, obriga ao desenvolvimento e à implementação de programas e planos de apoio ao professor; os profissionais responsáveis pelo apoio ao comportamento de crianças com PHDA devem ter treino profissional adequado (pp. 127-128).

Boavida e Cordinhã (2008) sugerem ainda, como estratégias educacionais: um ambiente tranquilo, com turma reduzida; apoio educativo individualizado por parte do professor e se possível pela equipa da Educação Especial; estabelecer regras de funcionamento na sala de aulas e recordá-las regularmente; estabelecer planos diários de atividades adaptados à atenção e comportamento da criança; evitar sujeitar a criança a situações em que terá dificuldade em controlar-se. O sucesso educativo destas crianças não depende só das tecnologias comportamentais, mas também do empenhamento do professor, pois este tem que ser ativo e espontâneo no processo de trabalho. Estas duas componentes, tecnologias comportamentais e modificações curriculares, são essenciais para que haja sucesso no tratamento. Contudo é necessário que sejam aplicadas periodicamente na sala de aula.

Neste sentido, a intervenção comportamental deve atender às seguintes questões: os sujeitos responsáveis pelo planeamento de intervenção devem apostar numa avaliação rígida dos problemas apresentados na sala de aula, para que possam delimitar estratégias de intervenção apropriadas; o “feedback” transmitido a estes alunos deve ser imediato e mais frequente do que para os seus colegas; o elemento fundamental para a modificação do comportamento são os reforços positivos, mas devemos ter em conta que o uso exclusivo do reforço positivo pode distrair a criança da tarefa, pelo que em conjunto com o reforço positivo devem estar as consequências negativas (reprimendas), para que haja uma reorientação da criança para a tarefa; o desempenho académico deve ser o centro da intervenção e não tanto os comportamentos desajustados relacionados com a tarefa; as atividades eleitas da criança, por exemplo, atividades de escolha livre ou acesso ao computador, devem ser usadas como reforços, em vez de recompensas concretas; o professor deve avançar, em conjunto com o aluno, as regalias das quais poderá beneficiar

na sala de aula, antes do início do trabalho; a execução do programa de intervenção deve ser monitorizada e avaliada, com vista a efetuar acertos ou mudanças nas fases do próprio programa (Lopes, 2004; DuPaul & Stoner, 2007).

Estes programas educacionais de formação têm como objetivo essencial, segundo Lopes (1998), dotar o professor de conhecimentos sobre este distúrbio. A partir daí será selecionado o tipo de intervenção, tendo em conta a análise funcional do comportamento alvo, os recursos da sala de aula, como por exemplo o número de alunos, e as suas características pessoais. Ainda segundo o mesmo autor, estes programas de intervenção devem focar-se nas áreas onde se deseja fazer modificações (disciplina, problemas de aprendizagem, competências sociais...) para o tão desejado sucesso escolar.

3.2.7. Tratamento da PHDA

O tratamento global de uma criança com PHDA envolve, maioritariamente, a combinação de intervenções farmacológicas e comportamentais, uma vez que a medicação não é útil na melhoria das patologias associadas à PHDA. Não subsistem grandes dúvidas quanto ao facto de a medicação ser a intervenção mais eficaz na diminuição dos principais sintomas da PHDA, nomeadamente na desatenção e hiperatividade. São muito poucos os medicamentos, para além dos antibióticos, que têm a capacidade para curar, pois a maioria limita-se a “tratar” desde a febre à hipertensão, da diabetes à epilepsia. Num estudo extenso e com um elevado número de participantes, a conclusão foi notória quanto ao facto de a medicação ser a forma de intervenção mais eficaz na PHDA (Antunes, 2011).

Para Boavida e Cordinhã (2008), uma intervenção precoce é fundamental, tendo em linha de conta as consequências da PHDA. Quando se elabora um plano terapêutico, é importante reconhecer que há possibilidade de este transtorno ser crónico e persistir na vida adulta. O objetivo do tratamento é fundamentalmente controlar os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade; melhorar o desempenho académico e as competências sociais, para que a criança possa ter uma autoestima mais elevada.

Sennyey (2008), Nielsen (1999) e Parker (2003) dizem que o tratamento deste transtorno deve ser multifatorial e nomeadamente, quando existem comorbilidades destacam as seguintes medidas terapêuticas: medicação (acompanhamento médico),

controlo do comportamento e programas educativos adequados (planeamento educacional). Sanz (2002) concorda acrescentando ainda apoio à família (terapia familiar).

García (2001) que também menciona as mesmas formas de tratamento acrescenta que todas estas modalidades de tratamento têm surtido efeito com bastante êxito, pois tem-se vindo a verificar que o comportamento da criança tem melhorado em diferentes aspetos. Assim, o ideal seria complementar as duas formas de tratamento, para que a soma dos efeitos conseguidos em cada uma delas permitam que a criança melhore globalmente e que esta melhoria seja estável e se sustente ao longo do tempo.

3.3. A imprescindibilidade da formação educacional de professores

Para melhorar a qualidade da educação, é preciso antes de mais melhorar o recrutamento, estatuto social e condições de trabalho, dos professores, pois estes só poderão responder ao que deles se espera, se possuírem os conhecimentos e competências, as qualidades pessoais, as possibilidades profissionais e a motivação requeridas (Delors, et. al., 2001, p. 131).

Segundo Day (2001), a formação contínua significa aperfeiçoar o desenvolvimento profissional do professor nas mais dimensões. Para tal, é muito importante estabelecer a forma como se organiza e contratualiza a formação, de forma a adequá-la às diferentes situações profissionais.

Pacheco (1995) defende que, se houver um aperfeiçoamento dos conhecimentos, aptidões e atitudes dos profissionais, haverá consequentemente uma melhoria na qualidade da educação a proporcionar aos alunos. Deste modo, esta formação tem como objetivos: melhorar a competência profissional dos docentes, nos vários domínios da sua atividade, ou seja mudança para novos saberes relacionados com a prática profissional; incentivar os docentes a participar ativamente na inovação educacional e na melhoria da qualidade da educação e do ensino; adquirir novas competências relativas à especialização exigida pela diferenciação e modernização do sistema educativo.

Hoje em dia, ninguém pode pensar adquirir, na juventude, uma bagagem inicial de conhecimentos que lhe baste para toda a vida, porque a evolução rápida do mundo exige uma atualização contínua dos saberes, mesmo que a educação inicial dos jovens tender a prolongar-se (Delors et al., 2001, p. 103).

Assim, tal como defendem Delors et al., (2001) somos levados a concluir que os saberes adquiridos na formação inicial são insuficientes para enfrentar as novas e diferentes exigências da sociedade moderna. Desta forma, é-nos exigido o prolongamento da educação e da formação ao longo de toda a nossa vida profissional, não se restringindo, assim, a um período determinado, antes requerendo, a necessidade de manter mecanismos de formação profissional permanente.

Day (2001) defende que a formação contínua pode produzir um impacto muito significativo no pensamento e na forma de agir dos professores e consequentemente na qualidade das experiências de aprendizagem dos alunos. Mas para tal é fundamental que a formação se dirija às necessidades particulares de desenvolvimento dos professores e da escola, pois se assim não for será pouco provável que contribua para melhorar a sua capacidade em se empenharem ativamente a longo prazo.

Torna-se determinante que os professores estejam preparados para atuar não só no espaço interno (sala de aula), mas também no espaço externo (sociedade). Quanto sabemos, a sociedade ainda se encontra, no geral, muito preconceituosa e até mesmo segregacionista, apesar de, segundo Correia (1999), existirem muitos estudos a comprovarem que esta ideia se encontra mais atenuada tendo-se já conseguido a esse respeito ganhos sociais consideráveis e autoconceitos mais positivos.

A formação dos professores deve de um modo geral incluir programas/conteúdos que permitam desenvolver as suas competências enquanto profissional, pois como qualquer profissional o professor tem de dispor de saberes, ou conhecimentos em diversas áreas. Assim é necessário que os professores aprendam a investigar, a produzir o seu próprio conhecimento, através da leitura de publicações existentes, da utilização de recursos tecnológicos e da análise da grande diversidade de materiais didáticos que podem ser utilizados com os alunos.

A formação de professores vai muito mais além, pois existem diversos tipos de conhecimento profissional. Pacheco (1995) cita Shulman (1987), entre outros, para identificar os vários tipos de conhecimento englobando-se a sua componente prática, teórica e técnica: 1) o conhecimento dos conteúdos da disciplina que leciona; 2) o conhecimento pedagógico geral que se traduz nos princípios básicos e métodos para a condução e organização de uma aula; 3) o conhecimento curricular, ou seja o conhecimento de materiais didáticos disponíveis e programas de suporte que sirvam de ferramentas ao professor; 4) o conhecimento do conteúdo pedagógico, ou seja saber ligar

o conteúdo da disciplina com a pedagogia, pois é necessários saber como ensinar; 5) o conhecimento dos alunos e das suas caraterísticas, ou seja saber gerir as aprendizagens individualmente e em grupo; 6) o conhecimento dos contextos educativos, ou seja conhecer a gestão da escola, bem como as características e culturas de toda a comunidade educativa; 7) o conhecimento dos fins educativos, propósitos, valores e seus significados históricos e filosóficos, ou seja, o professor deve conhecer o contexto social, político, histórico da escola e das comunidades que estão envolvidas.

Day (2001) considera os professores como o trunfo primordial para a construção de uma sociedade de aprendizagem. Todavia, o mesmo autor entende que a promoção dos valores de aprendizagem permanente e a sua capacidade de ajudar, com sucesso, os seus alunos estão dependentes da qualidade das oportunidades de formação e de desenvolvimento, ao longo das suas carreiras profissionais, e da cultura do meio onde estão inseridos.

CAPÍTULO IV – A PHDA: ALGUNS ESTUDOS

O sucesso dos alunos com PHDA está intimamente ligado com o conhecimento e a postura dos professores (Barkley, 2006). Não envolve apenas técnicas comportamentais, mas também professores empenhados ativamente no acompanhamento e tratamento destes alunos.

O professor deve ter um conhecimento especializado, deve ser criativo, quer na utilização de materiais de aprendizagem, quer no planeamento de situações educacionais, para assim haver sucesso no processo ensino/aprendizagem das crianças com PHDA.

Em suma, o importante é que o professor tenha um alto grau de compreensão e sensibilidade, para que possa desempenhar, com sucesso, o seu papel de facilitador e estimulador (Barkley, 2008).

Assim sendo, os professores estão envolvidos diretamente no processo de intervenção, mas não se sabe muito acerca das perceções que eles têm relativamente a esta perturbação e ao seu tratamento. Benczik (2000) refere que, muitas vezes, os professores têm uma perceção errada relativamente à natureza, causas, sintomas, bem como acerca da intervenção. Este autor, ainda salienta que o conhecimento sobre esta perturbação, constitui o primeiro passo para se ajudar estas crianças no seu processo educativo: quanto maior for o grau de informação sobre a PHDA, maior será a probabilidade de estas crianças conseguirem sucesso a nível académico.

Mais recentemente, Lourenço (2009) refere que os professores atribuem muita importância às estratégias educativas, na sala de aula, como forma de ajudar as crianças com PHDA a colmatarem as suas dificuldades ao nível das aprendizagens académicas. Contudo, os intervenientes assumem ter pouca informação anterior relativamente a este transtorno, pelo que revelam ter falta de conhecimentos, nomeadamente no que diz respeito à importância da medicação como forma de intervenção importante para atenuar os sintomas desta perturbação, é o que é mais importante ainda, sentem muita dificuldade em relação às atitudes que devem tomar quando têm na sala uma criança com PHDA.

No mesmo ano, em Portugal, também Júlio (2009) chamou a atenção, no seu estudo, para a necessidade de assegurar que os professores do ensino regular, professores da Educação Especial, psicólogos e terapeutas, a trabalhar com crianças com esta

patologia, usufruam de formação qualificada. O autor pode constatar, através da sua investigação que a maioria destes técnicos se encontra sensibilizada para esta questão e que também se encontra esclarecida no que diz respeito às suas causas e formas de intervenção. Porém, reforça a ideia de que ainda continua a haver muito trabalho pela frente, no sentido de assegurar que estes mesmos técnicos disponham de formação e informação suficientes e de qualidade, uma vez que continuam a verificar-se referências ao nível da etiologia desta perturbação distantes das principais tendências de investigação.

Para Barkley (2008) o fator essencial na intervenção junto destas crianças é a atitude dos professores. Estes devem ter uma atitude proactiva de envolvimento no processo de intervenção, bem como informação dos instrumentos de despiste e sua aplicação, sendo fundamentais para o sucesso do tratamento. Todavia, a literatura aponta que os professores são um dos maiores obstáculos a darem respostas às necessidades das crianças com PHDA (Shapiro & DuPaul, 1993, *cit. in* Sciutto et al., 2000).

Paralelamente a estes estudos nacionais existem outras investigações internacionais que também apontam para a necessidade de os professores atualizarem os seus conhecimentos para poderem intervir da forma mais adequada possível.

Um estudo, na Áustria, levado a cabo por Bekle (2004) apresenta como resultados a falta de conhecimento, nesta área, pelos professores. Assim, refere há uma grande necessidade de mais formação de professores, de modo a atenderem diretamente às necessidades dos seus alunos com PHDA.

No Canadá, Foy (2005) mostra, no seu estudo que os professores sentem necessidade de formação na área da PHDA, nomeadamente no contexto das intervenções educacionais eficazes a implementar com os seus alunos.

Segundo o mesmo autor, são os próprios professores a sugerir uma eventual mudança no currículo, aquando a formação de base. O autor acrescenta que, perante estes resultados, os professores devem atualizar regularmente os seus conhecimentos sobre PHDA, pois desta forma, poderão intervir e contribuir para uma melhoria nos resultados dos seus alunos e não se confinarem exclusivamente à intervenção farmacológica, como forma de tratamento desta patologia.

Também na África do Sul, o estudo de Kleynhans (2005), mostra que são necessários cursos para professores, quer antes de iniciar a sua profissionalização, quer durante a sua carreira profissional, de modo a que sejam facultados aos docentes

conhecimentos e estratégias de intervenção nos comportamentos e na realização académica dos alunos com PHDA.

No Brasil, também Gomes (2007) levou a cabo um estudo que englobou vários especialistas como médicos, psicólogos, professores e educadores. Através dos resultados obtidos no seu estudo pode comprovar que estes profissionais de saúde e educação faziam diagnósticos e tratamentos inadequados, por acreditarem em crenças sem suporte científico comprovado. Desde modo, deixam apelo para a criação de programas de informação sobre PHDA.

Sciutto e et al., (2000) levaram a cabo uma investigação que envolveu 149 professores a lecionarem em escolas do 1º Ciclo, em seis distritos escolares de Nova Iorque, tendo alguns dos professores experiência em turmas de Educação Especial. O objetivo primordial desta investigação era distinguir as crenças e os mitos que os professores têm sobre a PHDA e o que eles efetivamente não sabem sobre esta problemática. Para realizarem esta investigação partiram do preenchimento de três questionários: um para a avaliação dos conhecimentos próprios sobre a PHDA e construído para o efeito (*KADDS - Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale*) contemplando três domínios: sintomas e diagnóstico, formas de tratamento e conhecimentos gerais sobre a perturbação; outro para analisar a perceção dos professores acerca da sua própria autoeficácia e por último um para recolha de dados demográficos.

Com a análise dos resultados, constatou-se que o número de respostas certas na escala de sintomas e diagnóstico era claramente superior ao apurado nas outras duas subescalas. Também se verificou que o nível de conhecimento dos professores estaria relacionado positivamente com a perceção de autoeficácia, com a experiência anterior e com os anos de experiência de lecionação (Sciutto, Terjesen & Frank, 2000). Estes resultados refletem a importância do conhecimento sobre esta perturbação. Neste sentido, um professor que tenha alguma experiência de ensino com estas crianças revelam um maior conhecimento sobre a PHDA.

Um dos estudos realizados em Portugal, no âmbito da PHDA, foi elaborado por Fonseca e alguns colaboradores, pretendendo verificar as perceções que os adultos portugueses tinham sobre a PHDA. Neste estudo participaram 487 adultos, sendo a maioria estudantes universitários de algumas universidades da região centro do país. Estes estudantes posteriormente viriam a ter contacto a nível profissional com crianças com

PHDA (psicólogos, enfermeiros, médicos, entre outros) (Fonseca, Simões & Rebelo, 1998).

Dos resultados do estudo verificou-se que, de um modo geral, os adultos inquiridos consideravam a PHDA um problema grave, conferindo mais importância aos sintomas de desatenção e hiperatividade. Também se constatou que os inquiridos apontavam como causa desta perturbação variáveis de contexto familiar (29,4%), sendo que, em contrapartida as referências a causas genéticas (4%) ou de natureza neurológica (0,4%) apresentavam uma percentagem muito baixa. Um outro aspeto a reter diz respeito ao encaminhamento para outros especialistas. Os inquiridos quando questionados sobre isso respondem (79,5%) afirmativamente, sendo que (69,3%) refere o psicólogo como sendo o profissional mais indicado para o tratamento desta problemática e (22,6%) prefere as equipas multidisciplinares (incluem os psicólogos). Constatou-se que os inquiridos dão prioridade à intervenção do tipo educacional e são pouco sensíveis à intervenção médica, (10,3%) nomeadamente à utilização de fármacos (88,3%).

Os resultados deste estudo demonstram uma discordância entre as perceções que os inquiridos têm sobre a PHDA e as investigações científicas. Neste sentido, os inquiridos desconhecem a proveniência da PHDA de fatores biológicos, bem como as vantagens de intervenções de origem farmacológica ao mesmo tempo que uma intervenção a nível educativo, social e familiar. Os autores referem que é necessário corrigir as perceções dos adultos através de uma maior sensibilização sobre a PHDA, no sentido de estas crianças serem identificadas e encaminhadas para os serviços especializados (Fonseca, Simões & Rebelo, 1998).

Fernandes (2007), realizou um estudo com o qual pretendeu determinar o grau de informação dos docentes do 1º e 2º Ciclos das zonas norte e centro do país e, dificuldades que enfrentam, quando têm na sala de aula alunos com PHDA e, qual a eficácia das estratégias que utilizam. Procurou ainda determinar se a formação inicial de professores era suficiente para trabalhar com estes alunos e, se a formação contínua contribuía para melhorar a prática docente junto destes alunos. A amostra é constituída por 150 docentes.

Com os resultados obtidos, constatou que 69,8% dos docentes inquiridos consideram os conhecimentos adquiridos na formação inicial insuficientes para identificarem alunos com PHDA e 88,5% afirmam não ter competências para lecionar corretamente com estes alunos, acontecendo o mesmo com a formação contínua, uma vez que os inquiridos dizem não ter tido desenvolvido competências neste sentido. Neste

âmbito o autor identificou alguns aspetos a melhorar, que se referem à insuficiência da formação inicial, embora os programas curriculares das escolas de formação contemplem as necessidades educativas.

Gomes (2010) realizou um estudo cujo objetivo foi investigar o impacto da PHDA nas crianças que frequentam o 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico e as dificuldades de aprendizagem que acompanham estas crianças no seu percurso académico. Pretendeu também verificar como é que os professores organizam o seu trabalho e quais as estratégias implementados.

Este estudo permitiu verificar que alguns professores não têm conhecimento sobre a PHDA e outros não receberam formação para desenvolver um trabalho orientado perante esta problemática. Adquiriram-na por iniciativa própria ou pelo contacto, com estes alunos, em sala de aula.

No que respeita aos níveis da perturbação, segundo os inquiridos, há uma maior incidência de alunos com perturbação ao nível da atenção, em ambos os ciclos, seguindo-se o da hiperatividade, 30% das crianças do 1º Ciclo e 31% no 2º Ciclo apresentam hiperatividade e impulsividade (Gomes, 2010).

Em relação às estratégias implementadas, são várias as respostas utilizadas para minimizar as dificuldades sentidas pelos alunos com PHDA em sala de aula.

Nesta mesma linha, Lourenço (2009) realizou um estudo exploratório, que teve por finalidade comparar as perceções e atitudes dos professores do 1º, 2º e 3º Ciclos do ensino básico, de um Agrupamento de Escolas de Almada, relativamente a alunos com PHDA em contexto escolar.

O estudo teve por base a recolha de informação através da aplicação de um inquérito por questionário e, posteriormente a apresentação dos resultados que demonstram que os sujeitos participantes têm conhecimento sobre a PHDA, embora revelem algum desconhecimento sobre a medicação como forma de intervenção no tratamento da perturbação. Também revelam algum desconhecimento em relação às atitudes a tomar perante uma criança com esta perturbação, em sala de aula.

Segundo Lourenço (2009), dos resultados do estudo pode-se aferir que as dificuldades de aprendizagem, as dificuldades nas relações com os pares e a não-aceitação de regras são os comportamentos que têm maior impacto em contexto escolar, que provocam maior desadaptação. Relativamente às atitudes e estratégias, os professores indicam uma prática diversa. No entanto, os resultados relativamente às comparações

entre os ciclos refletem algumas diferenças no que respeita ao conhecimento das várias dimensões da Perturbação.

Ainda nesta linha de investigação, Baptista (2010) efetuou um estudo exploratório com o objetivo de analisar as perceções dos professores sobre o impacto que os problemas de comportamento de crianças com PHDA causam em contexto escolar, pelo que comparou um grupo de crianças com diagnóstico e um sem diagnóstico, em Agrupamentos de Escolas de Oeiras e Lisboa.

Com base nos resultados obtidos, o autor do estudo conclui que há diferenças significativas no respeitante ao impacto e ao número de problemas identificados, com consequências de várias ordens, destacando-se problemas no desempenho académico e nas relações com os pares.

Em 2009, Júlio leva a cabo um estudo que teve como objetivo, analisar as perceções dos técnicos portugueses sobre a PHDA. O estudo envolveu 110 técnicos portugueses, provenientes de diferentes instituições da região litoral de Leiria, sendo 85 professores do ensino regular, 10 professores de Educação Especial, 8 psicólogos e 7 outros técnicos. Dos dados obtidos é de salientar que (99,1%) dos inquiridos já tiveram contacto com crianças com PHDA, sendo que (53,6%) considera que esta perturbação é muito grave. Quando questionados sobre as causas da PHDA, os inquiridos indicam os fatores neurológicos (26,7%), seguidos dos fatores associados ao funcionamento familiar (22,8%) e dos fatores genéticos (16,7%).

É importante referir que os professores do ensino regular (77,6%) referem os fatores neurológicos como a principal causa, sendo seguido pelos fatores associados ao funcionamento familiar (70,6%) e os fatores genéticos (54,1%).

Os professores de educação especial atribuem as causas da perturbação à sociedade (60%) e (30%) à televisão. No que diz respeito a estas mesmas respostas, verifica-se que apresentam uma prevalência bastante menos significativa no grupo de professores de ensino regular, apresentando um valor de (27,1%) e (23,5%) (Júlio, 2009).

Relativamente às formas de intervenção, de uma maneira geral, todos os técnicos concordam com as diferentes formas de intervenção, não havendo uma que se destaque. Este estudo ainda encontrou uma relação entre a experiência profissional e o contacto com esta perturbação, com o aconselhamento externo, recursos à intervenção farmacológica e às práticas educativas.

Nesta linha de investigação, Filipe (2011) realizou um estudo com o objetivo de determinar o grau de informação dos docentes do 1º Ciclo, as dificuldades que sentem ao lecionar turmas com crianças com PHDA e os métodos e estratégias utilizadas por estes docentes. Da amostra faziam parte 102 professores, de três agrupamentos da Região Centro. Os dados foram recolhidos por questionário.

Dos resultados alcançados permitiram confirmar que os docentes demonstram ter algum conhecimento sobre esta problemática. Contudo constatou-se que a formação inicial e contínua dos docentes não é suficiente. Quanto aos fatores associados à PHDA, os professores consideraram provocar maior desadaptação no contexto escolar. Apurou-se que os professores dão uma pontuação elevada aos fatores: “pouca persistência e baixa motivação”, “não aceitar e respeitar regras”, “ter comportamentos agressivos e de oposição”, seguindo-se “as dificuldades de aprendizagem”. O fator menos apontado por estes docentes é “baixa autoestima”.

Segundo os inquiridos, a intervenção Multimodal é a terapêutica mais benéfica para a criança com PHDA. Consideram que a medicação no contexto escolar oferece melhoria significativa no comportamento dos alunos, melhoria ao nível da atenção, rendimento escolar e redução dos comportamentos agressivos (op. cit.).

Quanto às estratégias utilizadas nas salas de aulas, os inquiridos referem que utilizam estratégias diversificadas no seu dia-a-dia. Todavia, os dados recolhidos sobre o conhecimento e práticas/estratégias utilizadas com as crianças com esta problemática demonstram que seria importante os professores possuírem formação específica nesta área.

Os estudos realizados em Portugal sobre as perceções dos professores face à PHDA demonstram que existem as mesmas lacunas que a literatura internacional anota.

Antes de terminar, queremos ainda abordar outro tipo de estudo que também tem vindo a ter algum relevo. Queremos então mencionar os estudos interculturais, que têm como principal objetivo procurar identificar as semelhanças e diferenças entre as perceções dos professores em diferentes países, tirando as devidas conclusões no que concerne ao facto da cultura poder ou não influenciar nas atitudes e conhecimentos.

Um dos estudos produzido foi realizado por Norvilitis e Fang (2005), que verificaram que os professores dos Estados Unidos apontaram os sinais ligados à inadaptção como sendo aqueles que mais os preocupa, enquanto os chineses deram mais importância à hiperatividade.

Perante esta análise, concluímos que a necessidade de formação permanente é agora e mais do que nunca essencial, pois verificámos que nos vários cantos do mundo nem sempre é prestada a ajuda que estas crianças realmente necessitam.

Um simples conhecimento desta patologia, não é deveras suficiente para corresponder às necessidades e correto tratamento. Por essa razão, todos nós enquanto profissionais, reconhecemos cada vez mais a pertinência da constante formação de professores, não apenas nesta área, mas em todas aquelas que diretamente se relacionam com os nossos alunos.

Apesar de muitos estudos e da muita investigação já efetuada, de recomendações e diretrizes publicadas, sobretudo nas últimas décadas, a literatura continua a indicar algum desconhecimento por parte dos professores sobre a PHDA, quer a nível nacional quer internacional.

Contudo, em jeito de conclusão, constatamos que o impacto da PHDA em contexto escolar é percecionado pelos professores ao nível da sintomatologia, com especial relevo para os problemas que lhe estão associados: desatenção, dificuldades de aprendizagem, dificuldades de relacionamento e dificuldade em aceitar e respeitar regras.

Parte II – Investigação Empírica

CAPÍTULO V – METODOLOGIA

Uma investigação é realizada em fases: define-se o problema, formulam-se as hipóteses e as variáveis, seleciona-se a amostra e definem-se os instrumentos e os procedimentos ou metodologias necessárias para fazer a investigação.

O problema é o objetivo da investigação. Toda a investigação decorre com o intuito de lhe dar resposta. As hipóteses formuladas são “respostas” prováveis ao problema, que irão ser testadas e que depois serão aceites ou refutadas. As variáveis surgem como intermediários que permitem que os objetivos da investigação não sejam distorcidos. A seleção da amostra é feita porque se considera que aquele grupo será representativo de uma determinada realidade. Os procedimentos e a metodologia escolhida permitem um controlo de tudo o que se passa na investigação, bem como a recolha dos dados e a sua análise estatística (Sousa, 2005).

Todas estas fases se encadeiam e fazem parte de um todo, em que as diferentes partes constituintes dependem sempre umas das outras ou da anterior.

Cada investigação é uma experiência única, que utiliza caminhos próprios, cuja escolha está ligada a numerosos critérios, como sejam a interrogação de partida, a formação do investigador, os meios de que dispõe ou o contexto institucional em que se inscreve o seu trabalho (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 121).

Segundo Almeida e Pinto (1986), os instrumentos padronizados para recolha de informação, onde também se enquadra o utilizado nesta investigação, inquérito por questionário, contribuíram para que o processo de observação sociológica fosse uma fase dos trabalhos científicos cada vez mais sistemática e controlada. Contudo, os mesmos autores reforçam a ideia de que este avanço é apenas possível através do contributo da parte teórica que é vista como um conjunto de conceitos organizados e uma relação entre esses mesmos conceitos.

Assim, neste capítulo, será feita uma abordagem às questões metodológicas que servem como orientação a esta investigação e que surgiram na sequência da parte teórica, pelo que esta última servirá sempre de suporte à presente investigação. Enunciaremos a pergunta de partida, ou seja o problema que nos levou à exploração desta dissertação, os objetivos do estudo, o tipo de investigação, a população e a amostra, a caracterização da amostra, as hipótese e variáveis, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos seguidos. Os procedimentos metodológicos utilizados no instrumento de recolha de dados

adotado e tratamento dos dados serão descritos pormenorizadamente, ou seja, descreveremos com o máximo rigor possível todo o processo e a forma como os dados foram recolhidos, interpretados e sintetizados.

4.1. Linha Condutora da Investigação

Ao que sabemos, no nosso país, mais de metade dos alunos com Necessidades Educativas Especiais, não está a receber uma educação apropriada às suas características e necessidades, embora se torne cada vez mais evidente que a sua educação tenha vindo a atravessar mudanças significativas (Correia, 2008).

É inquietante o facto de estas crianças se sentirem tantas vezes incompreendidas e ignoradas pelas pessoas que as rodeiam. Chegam à escola cheias de talento e de boas intenções e acabam por não conseguir vencer, por falta de ajuda, quer por parte dos colegas, quer dos professores, e mesmo mais raramente, por parte dos próprios pais (Falardeau, 1997).

Verificamos, nas nossas práticas, que apesar de haver pessoas que ainda se encontram reticentes face a estas crianças, a maioria parece realmente estar motivada e empenhada, em querer ajudá-las, mas o que é realmente preocupante é que, muitas vezes, não sabem como fazê-lo. Assim, torna-se cada vez mais necessário, que todos os especialistas que trabalham diretamente com a criança, estejam, o mais familiarizados possível com esta problemática, a fim de saber agir da forma mais coerente e consequentemente, conseguir dar resposta às suas necessidades.

Normalmente, estas crianças, apresentam um bom potencial cognitivo, mas nem sempre são vistas dessa forma pelos respetivos professores. Os professores acham-nas “preguiçosas”, “mal-educadas” e “imaturas”. Esta situação leva a que as crianças manifestem desinteresse e falta de investimento académico (Lopes, 2004). A nível social, revelam dificuldades de relacionamento com os seus pares. Segundo DuPaul e Stoner (2007), apresentam níveis elevados de rejeição pelos pares, condição que propende a conservar-se ao longo do tempo, afetando uma condição crónica ao nível das relações interpessoais.

Destacamos, neste contexto, a importância da necessidade de formação, por parte do professor, sendo este o que mais tempo dedica a estas crianças. Se o professor não

tiver conhecimentos suficientes, será incapaz de avaliar uma criança com este tipo de patologia, bem como prestar-lhe a ajuda necessária. É muito importante o modo como os estes profissionais da educação põem em prática os seus saberes, pois estes podem ser constituídos como um facilitador ou então aumentar as dificuldades da criança.

Os professores e educadores têm uma tarefa árdua quando nas suas salas de aula existem crianças com PHDA, pois revelam irrequietude motora: mexem-se muito na cadeira, agitam pernas e braços, não respeitam a sua vez de falar e falam em demasia. Apresentam também níveis elevados de desatenção, interrompem ou interferem frequentemente nas atividades dos colegas (DSM-IV-TR, 2002).

Partindo do pressuposto que as crianças com PHDA necessitam de um ensino adequado aos problemas que dela provêm, é nosso objetivo saber junto dos professores do 1º e do 2º Ciclos, quais as suas perceções e atitudes face a estas crianças. Ambicionamos que a pertinência deste estudo venha a acrescentar mais conhecimento sobre a forma como os professores vêem estas crianças, possibilitando aperfeiçoar a intervenção em contexto escolar.

4.2. A problemática e a questão de partida

Segundo Quivy e Campenhout (2005), uma investigação é algo que se procura conhecer, tendo como preocupação inicial eleger o objeto de estudo e delimitar, tanto quanto possível, a problemática a estudar. O investigador deve estabelecer um fio condutor tão claro quanto realizável de modo a que o seu trabalho se possa iniciar e estruturar com coerência.

Uma investigação de cariz científico, normalmente, é usada para descrever conhecimentos, analisar dados, prognosticar e controlar fenómenos, tendo sempre como base o rigor e a sistematização. Assim, toda a investigação inicia pela identificação e clarificação de um problema, visto a sua definição ser a primeira fase da investigação.

O problema deve, segundo Rudio (1983), ser devidamente enunciado e bem formulado, para que não nos sintamos perdidos, pois a maneira como concebemos o problema é que nos vai levar a decidir quais as questões científicas que devemos considerar e/ou desvalorizar. Também importa aqui referir a opinião de Quivy e Campenhout (2005)

ao proferirem que a questão de partida deve ser antes de mais precisa, concisa, facilmente compreendida e claramente adequada ao fim em vista.

A PHDA tem sido uma das perturbações mentais da infância e adolescência mais estudada. Torna-se de extrema importância ficar bem definida a questão de partida, uma vez que é ela que nos vai orientar todas as fases do trabalho de investigação, pois determina, quer a formulação de objetivos ou hipóteses, quer a escolha dos métodos a utilizar para achar uma resposta (Almeida & Freire, 2003).

De facto, os professores vêm-se confrontados com comportamentos hiperativos, impulsivos, não focalizados em objetivos ou finalidades, elevados níveis de falta de atenção e muitas vezes desmotivação associada. Lecionar em turmas com crianças que apresentam PHDA requer um cuidado especial, pois nem sempre é fácil captar a atenção destas. Paciência, disponibilidade, e formação específica, são elementos cruciais para uma boa relação professor – aluno (Fernandes, 2007). Por isso, será importante compreender qual o ponto de vista dos professores relativamente a esta temática, quais as características que consideram mais comuns, quais os comportamentos que interferem com o sucesso escolar e quais as estratégias que estes utilizam para ajudar os alunos com PHDA. Desta análise, surge a questão a seguir enunciada, e que leva ao estudo que se propõe.

O nosso objetivo de estudo prende-se com as perceções e conhecimentos dos docentes relativamente à PHDA, o que nos leva a colocar a seguinte questão de partida: **em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam a importância, conhecimento, diagnóstico e estratégias dos docentes, em relação à PHDA?**

4.3. Objetivos do estudo

Segundo Freixo (2010, p. 164), “o objetivo de um estudo constitui um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, indicando conseqüentemente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”.

“A intervenção do psicólogo em contextos educativos numa perspetiva de consultadoria tem crescido de importância sendo hoje considerado um papel fundamental

no exercício da profissão”, até mesmo pelo facto de hoje as escolas terem apenas um técnico para dar resposta a uma imensidão de pedidos. Por isso, será essencial, que este processo colaborativo entre o psicólogo e os professores, funcione no sentido de partilha, pois deste modo, e concordando com o autor Selikowitz (2010, p. 179), “o professor será capaz de adquirir uma noção das suas próprias dificuldades e desenvolver estratégias mais eficazes para as ultrapassar.”

Com o presente estudo de investigação, o nosso principal objetivo consiste em: comparar os conhecimentos e práticas dos professores do 1º e 2º Ciclos no que diz respeito à PHDA. Ao questionarmo-nos sobre os conhecimentos que os professores possuem acerca da PHDA e a forma como operacionalizam as suas práticas educativas, considerámos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o conhecimento dos professores sobre a prevalência da PHDA, o seu diagnóstico e problemas associados;
- Identificar a forma de intervenção considerada mais benéfica para as crianças com PHDA, na perspetiva dos sujeitos da amostra;
- Conhecer as estratégias de intervenção mais utilizadas pelos professores junto das crianças com PHDA;
- Conhecer a opinião dos professores sobre quem deve diagnosticar a PHDA;
- Conhecer a informação que os professores têm sobre a PHDA;
- Avaliar o grau de importância atribuído pelos professores sobre as características que têm mais impacto na vida escolar das crianças;
- Compreender quais as causas apontadas pelos docentes para a existência da PHDA;
- Comparar se se verificam diferenças significativas nos conhecimentos, estratégias dos professores em relação à PHDA.

4.4. Hipóteses

Os estudos que utilizam o teste de hipóteses procuram, geralmente, explicar a natureza de certas relações (Tuckman, 2002). Esta é a razão pela qual este estudo se baseia fortemente num método quantitativo, pois, uma abordagem qualitativa não suportaria o teste de hipóteses. As hipóteses podem ser definidas como uma relação lógica obtida através da relação entre duas ou mais variáveis expressas sob a forma de afirmação testável. Ao experimentar as hipóteses e confirmando as relações, espera-se que seja possível encontrar soluções para corrigir o problema (Tuckman, 2002). Tendo em conta as questões de investigação e os objetivos delineados, bem como as variáveis em estudo (variável dependente: estratégias de intervenção em alunos com PHDA; e as variáveis independentes: formação, género, anos de lecionação, idade, nível académico, situação profissional, ano escolar lecionado, experiência de trabalho com alunos com PHDA), formularam-se as seguintes hipóteses nulas:

H_0 – não há diferenças significativas nas estratégias de intervenção apontadas por docentes de diferentes géneros, escalões etários, experiência profissional, situação profissional e ciclos de ensino lecionados;

H_0 – não há diferenças significativas na importância que os docentes atribuem à PHDA quando comparados em função do género, escalão etário, experiência profissional, situação profissional;

H_0 – não há diferenças significativas do diagnóstico/causas da PHDA, quando comparados em função do género, escalão etário, experiência profissional, situação profissional e do ciclo de ensino lecionados.

4.5. Variáveis e sua operacionalização

As variáveis da investigação constituem um elemento central dado ser à volta delas que se estrutura a investigação. Como o próprio nome indica, variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes níveis, ou que é de diferentes tipos (Ribeiro, 1999, p. 25).

Segundo Sousa (2005), a hipótese deve ser formulada de vários modos, articular entre si as variáveis, intervir na resolução do problema e, através da investigação, verificar-se a sua validade.

Quanto ao critério metodológico, as variáveis podem ser analisadas como independentes, que correspondem às causas de um fenómeno, e variáveis dependentes, que correspondem aos efeitos ou consequências que se pretendem estudar.

A hipótese específica é a que se explicita, com o objectivo de ser testada num determinado estudo. Uma hipótese geral é a versão mais ampla e mais conceptual, a partir da qual se deduzem as conclusões (Tuckman, 2000, p. 113).

4.5.1. Variáveis dependentes

Importância atribuída à PHDA - relativamente a esta variável, socorremo-nos do questionário constante do Anexo 1. Com efeito, foram colocadas 17 questões com os participantes que dispunham de uma Escala de Likert de 5 pontos.

Foram consideradas como variável dependente cada uma das afirmações sobre esta matéria, bem como o *score* global pelos docentes. É de salientar que, de acordo com a Escala de Likert de 5 pontos, a quantidade de pontos significa uma maior importância atribuída à PHDA.

Importância atribuída às estratégias - no que diz respeito a esta variável, recorremos ao questionário presente no Anexo 1. Foram colocadas 21 questões com os docentes que dispunham de uma Escala de Likert de 5 pontos. Foram consideradas como variável dependente cada uma das afirmações sobre esta matéria, bem como o *score* global atribuído pelos participantes.

Importância atribuída ao diagnóstico – no que diz respeito a esta variável, recorremos ao questionário presente no Anexo 1. Foram colocadas 4 questões com os docentes que dispunham de uma Escala de Likert de 5 pontos. Foram consideradas como variável dependente cada uma das afirmações sobre esta matéria, bem como o *score* global atribuído pelos participantes.

4.5.2. Variáveis independentes

Como variáveis independentes, considera-se: a *formação académica*, dividindo-se em 1º Ciclo e 2º Ciclo; o *género* (masculino/feminino). A *experiência profissional em*

anos, de acordo com Huberman (1989), distribuiu-se em três grupos: grupo dos pouco experientes, grupo dos experientes e grupo dos muito experientes. O *nível académico* agrupou-se em Licenciatura e Mestrado.

A *idade* agregou-se, tendo em conta o entendimento de Huberman (1989), em três grupos, nomeadamente, mais novos, idade intermédia e mais velhos. Para a variável *localidade* teve-se em consideração o critério de urbanidade, dividindo-se em aldeia, vila e cidade. A *situação profissional* organizou-se em dois grupos: quadro de agrupamento e colocado/contratado.

4.6. Tipo de investigação

A metodologia de pesquisa empregue foi escolhida a fim de se atender às necessidades específicas de cada um dos objetivos. Assim, recorreu-se à investigação quantitativa, a qual permitiu estabelecer e provar relações entre as variáveis operacionalmente definidas, de acordo com Quivy e Campenhoudt (2005). Por outro lado, a investigação quantitativa utiliza, normalmente, os critérios de validade interna, validade externa, fidelidade e objetividade, a fim de aferir a veracidade estatística das afirmações.

Sendo a abordagem quantitativa uma realidade objetiva, que utiliza critérios rigorosamente definidos em relação à amostragem e aos processos da análise de dados baseados na linguagem da matemática analítica, da estatística e da categorização lógica, é a que mais se aproxima da investigação que pretendemos levar a cabo (Afonso, 2005). Esta abordagem quantitativa aproxima-se de um plano descritivo, pois o investigador já possui conhecimentos prévios sobre a temática, permitindo assim, identificar os objetivos a analisar. Este tipo de pesquisa não obriga à utilização de técnicas e tratamentos sofisticados e demasiado complexos, o que por vezes, em vez de clarificarem a relação entre as variáveis tornam os dados incompreensíveis e pouco úteis.

A Investigação-Ação, para além de se constituir como uma metodologia de investigação, impregnada de métodos, critérios e donde acabam por emanar teorias sobre a atividade educativa (Latorre, 2003), ela ganha consciência e marcas distintivas comparativamente a outras metodologias, na medida em que se impõe como um “projeto de ação”, tendo, para tal, que transportar em si “estratégias de ação” que os professores adotam mediante as suas necessidades face às situações educativas em concreto. De facto,

na Investigação-Ação observamos um conjunto de fases que se desenvolvem de forma contínua e que, basicamente, se resumem na sequência: planificação, ação, observação (avaliação) e reflexão (teorização). Este conjunto de procedimentos em movimento circular dá início a um novo ciclo que, por sua vez, desencadeia novas espirais de experiências de ação reflexiva.

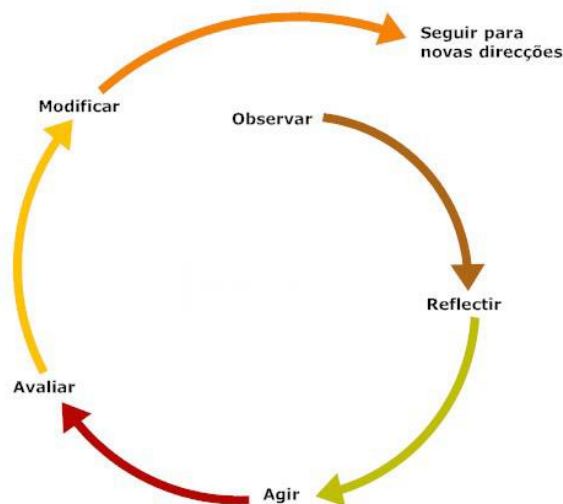


Figura 2- Um ciclo de Ação-Reflexão

Fonte: Coutinho et al. (2009, p.372)

Como se pode observar na Figura 2, um processo de investigação-ação não se confina a um único ciclo. Tendo em conta o que se pretende com esta metodologia é, essencialmente, operar mudanças nas práticas tendo em vista alcançar melhorias de resultados. Esta sequência de fases, normalmente, repete-se ao longo do tempo, porque há necessidade por parte do professor/investigador, de explorar e analisar e com consistência todo o conjunto de interações ocorridas durante o processo.

A pesquisa-ação pressupõe uma participação planejada do pesquisador na situação problemática a ser investigada. O processo de pesquisa recorre a uma metodologia sistemática, no sentido de transformar as realidades observadas, a partir da sua compreensão, conhecimento e compromisso para a ação dos elementos envolvidos na pesquisa (Fonseca, 2002, p. 34).

Um questionário é extremamente útil quando o investigador deseja recolher informação sobre um determinado tema. Por outro lado, o questionário também se revela uma fonte de informação importante pela facilidade com que se interroga um elevado número de pessoas num espaço de tempo relativamente curto. As mesmas autoras defendem que, na elaboração de um questionário, é necessário pensar nas habilitações do público-alvo a que vai ser aplicado. As questões devem ser bem organizadas, de um modo claro para quem as responde. É de evitar questões ambíguas, irrelevantes, desinteressantes, confusas e/ou complexas. O questionário é um tipo de instrumento de recolha de dados que deve ser criado de uma forma criteriosa e cuidadosa, para que se possa tornar um instrumento válido (Santos & Candeloro, 2006).

Segundo Boavida e Armando (2006), quando este instrumento é utilizado, é possível descobrir-se através dele se as experiências e as perspetivas dos inquiridos se enquadram num conjunto de categorias pré estabelecidas. Com este tipo de investigação garante-se mais facilmente o anonimato e a confidencialidade, bem como a imparcialidade nas respostas, o que reduz possíveis opressões por parte dos participantes.

O questionário foi aplicado aos docentes através do Google Docs. O Google Docs é um pacote de aplicativos do Google que funciona *on-line* e que permite a criação e partilha de documentos através da internet. Foi utilizado para a criação do questionário, questionário este que posteriormente foi enviado por correio eletrónico aos docentes inquiridos.

Posteriormente, analisamos os dados recolhidos usando como técnica a análise de conteúdos para tentar cumprir o objetivo primordial, o de responder ao problema de investigação.

4.7. População e amostra

Na opinião de Hill e Hill (2005), o investigador não tem, na maior parte das vezes, tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar dados para cada um dos casos do universo. Assim, é só possível considerar uma parte dos casos que constituem o universo. A esta parte dá-se o nome de amostra do Universo.

Quando se realiza uma investigação, no campo social levanta-se, muitas vezes, a questão da representatividade do universo que se pretende estudar. Na maioria das investigações realizadas não é fácil conhecer a opinião de toda a população em estudo, face aos custos, à acessibilidade e às limitações de tempo. Neste sentido, os investigadores, optam por recolher dados de um grupo menor, recorrendo ao processo de amostragem, isto é, estudam uma pequena parte do universo, definido como amostra (Dias, 2009).

Ao selecionarmos a amostra é necessário termos em conta que ela seja o mais representativa possível e diversificada, ou seja, que possua características idênticas às do universo.

4.7.1. Caracterização da amostra

A amostra do nosso estudo é constituída por 105 docentes, de alguns agrupamentos do distrito de Viseu e da Guarda.

Na Tabela 1, relativamente ao género dos docentes, é de referenciar um número elevado de participantes, ou seja, 74,3% (N=78) do género feminino, contrariamente a 25,7% (N=27) do género masculino.

No que se refere à idade (Tabela 4), de acordo com o valor da média ($40,2 \pm 7,2$) verifica-se que a maioria da amostra se situa próximo desta idade, o que revela uma maturidade etária dos inquiridos.

Relativamente ao nível académico dos docentes da amostra, constata-se que 27,6% (N=29) dos inquiridos possuem grau de Mestrado. Os restantes 68,6% (N=72) indicou ter o grau de Licenciatura.

Em relação à experiência profissional dos docentes (Tabela 1) e de acordo com o valor da média ($14,6 \pm 8,0$) constata-se que são docentes com elevada experiência profissional, situando-se numa posição intermédia das fases do ciclo de vida de um docente.

No que concerne ao ciclo de ensino dos docentes, verificamos que 42,2% dos inquiridos são professores do 1º Ciclo e 57,8% professores são do 2º Ciclo.

Relativamente à localidade, constatámos que a maioria dos docentes (66,7%) são provenientes da Vila, enquanto que uma minoria dos docentes (7,6%) são provenientes da Aldeia.

Quanto à situação profissional, 51 docentes (60%) pertencem ao quadro de agrupamento e 34 (40%) são contratados.

Tabela 3- Distribuição da amostra por género, experiência profissional, nível académico, formação académica, idade, localidade e situação profissional.

Variáveis		N	%	Média	Sd
Género	Masculino	27	25,7		
	Feminino	78	74,3		
Experiência profissional		105	100	14,6	8,0
Nível académico	Licenciatura	72	68,6		
	Mestrado	29	27,6		
Formação Académica	1ºCiclo	43	41,0		
	2ºCiclo	59	56,2		
Idade		105	100	40,2	7,2
Localidade	Aldeia	8	7,6		
	Vila	70	66,7		

Cidade		27	25,7
Situação profissional	Quadro de agrupamento	51	60%
	Contratado/Colocado	34	40%
Grau de informação sobre a PHDA	Pouco informados	4	3,8%
	Informados	71	67,6%
	Muito informados	30	28,6%

Fonte: Elaboração Própria

4.8. Instrumentos e recolha de dados

Defendidos e definidos os construtos, importa construir instrumentos (testes, provas ou escalas de medida) que, aplicados aos indivíduos, nos permitam resultados informativos sobre a sua realidade latente (dimensões ou variáveis medidas). Esta maior pormenorização não só orienta nas fases sucessivas de recolha, análise e seleção dos itens a reter na prova ou situação de avaliação, como no imediato traduz uma opção por instrumentos de medida mais circunscritos a domínios, a objetivos e a grupos específicos (Almeida & Freire, 2007, p. 115).

Pretendendo a nossa investigação recolher dados quantitativos, optámos por um inquérito por questionário, centrado sobre o conhecimento dos professores acerca da PHDA, bem como as estratégias que utilizam face a esta problemática.

Este instrumento é dirigido a professores do 1º e 2º Ciclos porque, apesar de serem grupos de docentes distintos, é importante perceber, para a concretização nos objetivos do nosso estudo, se estes dois grupos têm as mesmas atitudes e perceções face aos alunos com PHDA. Utilizámos esta técnica por considerarmos a mais apropriada para inquirir um grande número de indivíduos e por ir ao encontro dos objetivos estabelecidos para esta investigação.

Vários investigadores referem que a técnica mais apropriada para os estudos descritivos é o questionário (Dias, 2010).

Neste sentido, uma vez que recorremos ao inquérito por questionário para a recolha de dados, a nossa investigação assenta numa abordagem quantitativa que segundo

Afonso (2005) utiliza critérios bem definidos no que concerne à amostragem e processos de análise de dados, fundamentados na linguagem da matemática analítica, estatística e da categorização lógica.

4.8.1. Apresentação do questionário

O nosso instrumento de trabalho (Anexo I) foi gentilmente cedido pela Autora Maria Isabel Lourenço (autorização da autora no Anexo II), “Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto Escolar: conhecimentos, perceções e atitudes dos professores do 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico”. Este é assim constituído por diversos itens, possuindo questões de resposta fechadas, contudo algumas questões dão a possibilidade ao inquirido de acrescentar opções de resposta. Apresentam itens dicotómicos (sim/não), dada a objetividade de algumas questões, respostas do tipo Likert.

O questionário foi estruturado em cinco partes, onde se associaram um conjunto de questões relacionadas com cada área.

Na I Parte - Características pessoais e profissionais - inicia com o preenchimento de dados pessoais e profissionais, ou seja, sexo, idade, localidade, habilitações académicas, número de anos em que exerce funções docentes, ano de ensino que leciona, situação profissional, grau de informação sobre a PHDA.

Na II Parte - Conhecimento dos docentes sobre a PHDA - em cada grupo de questões encontram-se em causa os seguintes aspetos:

1 - Características que levam os docentes a suspeitarem de uma situação de PHDA, com um conjunto de 17 itens, para classificar desde 1 como nada importante a 5 como totalmente importante.

2 - Prevalência da PHDA – pretende-se saber se existe uma prevalência do género masculino, do género feminino ou se existe uma igualdade de géneros.

3 - *Causas da PHDA*, com um conjunto de 7 itens de resposta múltipla com 5 ordens, em escala de frequência (nada importante, pouco importante, importante, muito importante e totalmente importante).

4 - *Evolução da PHDA*, itens dicotómicos (sim/não).

5 - *Profissionais que realizam o diagnóstico*, com um conjunto de 4 itens de resposta múltipla com 5 ordens, em escala de frequência (nada importante, pouco importante, importante, muito importante e totalmente importante).

6- *Problemas associados*, itens dicotómicos (sim/não).

Na *III Parte - Avaliação do Impacto que causa em contexto escolar* - em cada grupo de questões encontram-se em causa os seguintes aspetos:

7- *Características que provocam maior desadaptação*, com um conjunto de 7 itens de resposta múltipla com 5 ordens, em escala de frequência (nada importante, pouco importante, importante, muito importante e totalmente importante).

Na *Parte IV - Atitude face à situação* - têm-se dois agrupamentos distintos de duas questões num total de 14 itens. Em cada questão encontra-se em causa os seguintes aspetos:

8- *Formas de intervenção mais benéficas*, com um conjunto de 6 itens de resposta múltipla com 5 ordens, em escala de frequência (nada importante, pouco importante, importante, muito importante e totalmente importante).

9- *Opções a tomar quando um professor se encontra face a uma criança com PHDA*, com um conjunto de 8 itens de resposta múltipla com 5 ordens, em escala de frequência (discordo totalmente, discordo, não discordo nem concordo, concordo e concordo totalmente)

Na Parte V - Estratégias de Intervenção em contexto escolar utilizadas pelos professores com crianças com PHDA, verifica-se um conjunto de 21 itens de resposta múltipla com 5 ordens, em escala de frequência (nada frequente, pouco frequente, frequente, muito frequente e sempre).

4.9. Procedimentos metodológicos

Segundo Tuckman (2000), Afonso (2005), Quivy e Campenhoudt (2005), o questionário é um instrumento que permite transformar em dados a informação ou conhecimentos dos sujeitos alvo do estudo, relativos a sua situação profissional, social ou familiar, as suas opiniões e o seu nível de conhecimentos, a sua consciência de um acontecimento ou de um problema, ou de qualquer outro ponto de interesse para o investigador. Também segundo Fortin, o questionário é um instrumento de medida que “ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa, havendo um melhor controlo dos enviesamentos” (2009, p.749).

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1992, p.22) um procedimento “é uma forma de progredir em direção a um objetivo. Expor o procedimento científico, consiste, portanto, em descrever os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação.”

Neste sentido, iniciou-se a parte empírica do trabalho, estabelecendo os primeiros contactos. Como procedimento para a realização do questionário e recolha de dados nos Agrupamentos, estabelecemos contacto com a Autora Maria Isabel Lourenço, solicitando-lhe a autorização para a utilização e alteração pessoal do seu questionário.

Após a autorização concebida pela Autora foi efetuado o pedido de autorização para a aplicação do questionário ao Ministério da Educação (Anexo IV) e junto de diferentes agrupamentos (Anexo III). Alguns dos agrupamentos contactados concederam-nos, de imediato, a devida autorização para a entrega dos questionários. Os questionários foram entregues a um representante de cada Agrupamento de Escolas, que se disponibilizou para o distribuir junto dos respetivos colegas.

O preenchimento dos questionários aconteceu através de uma plataforma Web (www.docs.google.com). A entrega e a recolha dos questionários decorreu entre Dezembro de 2015 e Fevereiro de 2016.

4.10. Técnicas estatísticas e grau de confiança

Após a recolha dos questionários, procedeu-se à análise dos dados com recurso ao programa *SPSS (Statistical Package for Social Sciences 23)*. Foram tidos em consideração os requisitos para o uso de técnicas paramétricas, designadamente o tipo de escala, a normalidade e homocedasticidade.

Para além dos parâmetros de tendência central e dispersão, os dados permitiram a utilização das técnicas t-test, Anova (one way) e *Post Hoc* Bonferroni.

Tomámos como nível de significância o valor de .05, considerado como referência no quadro das ciências sociais e humanas.

CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo consiste na apresentação, análise e discussão dos resultados, tendo em consideração todos os aspetos da investigação: o problema em estudo, os objetivos e as hipóteses de investigação, bem como o enquadramento teórico.

Na opinião de Marconi e Lakatos (2003), a discussão dos resultados é o exame, a argumentação e a explicação, onde se discute, fundamenta e enunciam as proposições, considerando também o núcleo da investigação. Esta análise e discussão de resultados tiveram como base a análise quantitativa dos questionários respondidos pelos docentes.

Foram elaborados quadros de análise dos resultados obtidos nos questionários, apresentando os valores absolutos e as respetivas percentagens das respostas, por forma a retirar um conjunto de informações que permitissem estabelecer indicadores.

Numa primeira fase, fomos tentar averiguar os conhecimentos dos docentes sobre a PHDA, o impacto que a PHDA causa em contexto escolar e as atitudes dos docentes face a esta situação. Procedemos a uma análise descritiva das respostas nos itens únicos do questionário. A análise dos resultados compreende a indicação dos valores de frequência através das percentagens relativas a cada item de resposta fechada. No seguimento efetuámos algumas intersecções entre variáveis, com a averiguação de dados com recurso a instrumentos disponíveis no SPSS.

6.1. Análise descritiva dos resultados

Conhecimento dos docentes acerca da PHDA

Pretendemos identificar a opinião dos docentes de vários aspetos relacionados com a PHDA, procedendo ao contraste das duas opiniões em função das diversas variáveis independentes em estudo.

Questão 1: Características que consideram perturbarem mais a vida escolar das crianças com PHDA

Tabela 4- Características que levam os docentes a suspeitarem de uma situação de PHDA

Itens	Nada importante	%	Pouco importante	%	Importante	%	Muito importante	%	Totalmente importante	%	Média	Sd
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares.	0	0	0	0	87	82,9	17	16,2	1	1,0	3,18	,41
Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades.	0	0	0	0	87	82,9	17	16,2	1	1,0	3,18	,41
Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra.	0	0	0	0	89	84,8	16	15,2	0	0	3,15	,36
Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares.	0	0	0	0	88	83,8	17	16,2	0	0	3,16	,37
Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas.	0	0	0	0	91	86,7	13	12,4	1	1,0	3,14	,37
Expressa relutância em envolver-se em atividades que requerem um esforço mental mantido.	0	0	1	1,0	87	82,9	17	16,2	0	0	3,15	,38
Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares.	0	0	30	28,6	66	62,9	9	8,6	0	0	2,80	,57
Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	0	0	59	56,2	43	41,0	2	1,9	1	1,0	2,47	,58
Esquece-se das atividades quotidianas.	1	1,0	10	9,5	81	77,1	12	11,4	1	1,0	3,01	,53

Movimenta excessivamente as mãos e os pés.	0	0	27	25,7	71	67,6	7	6,7	0	0	2,81	,53
Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que tal é inadequado.	0	0	1	1,0	87	82,9	16	15,2	1	1,0	3,16	,41
Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer.	0	0	1	1,0	32	30,5	65	61,9	7	6,7	2,74	,58
Anda ou atua como se estivesse sempre “ligado a um motor”.	0	0	0		86	81,9	19	18,1	0	0	3,18	,38
Fala excessivamente.	0	0	0	0	89	84,8	15	14,3	1	1,0	3,16	,39
Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	0	0	0	0	88	83,8	15	14,3	2	1,9	3,18	,43
Tem dificuldade em esperar a sua vez.	0	0	0	0	89	84,8	15	14,3	1	1,0	3,16	,39
Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	0	0	0	0	89	84,8	15	14,3	1	1,0	3,16	,39

Fonte: Elaboração Própria

Consideramos ser pertinente verificar quais as características que os docentes mais consideram mais perturbadoras da vida escolar das crianças com PHDA. Apresentam-se os resultados, a nível global, na Tabela 4. Importa salientar que vários docentes assinalaram mais do que uma característica em simultâneo.

De acordo com a análise da Tabela 4, observamos que as características que os docentes salientam como as que mais perturbam a vida escolar das crianças, por ordem decrescente, são: “tem dificuldade em organizar atividades e tarefas (86,7%), seguida de perto por “parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra” (84,8%); ”interrompe ou interfere nas atividades dos outros” (84,8%); “tem dificuldade em esperar a sua vez” (84,8%); “fala excessivamente” (84,8%).

As características que os docentes mencionam como sendo as que menos perturbam a vida escolar das crianças são: “expressa relutância em envolver-se em atividades que requerem esforço mental mantido (1,0%).

De acordo com os valores médios, das 17 afirmações, 13 afirmações situam-se no nível Importante (3). Apenas 4 afirmações têm valor 2 (pouco importante), nomeadamente “Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares”; “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.”; “Movimenta excessivamente as mãos e os pés.”; e “Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer.” Atendendo aos valores médios (3) e desvio padrão registado em cada afirmação, os professores situam-se acima do nível **Importante** da escala de apreciação.

Constatamos que os comportamentos relativos à desatenção e hiperatividade são considerados pelos professores os que mais perturbações causam às crianças com PHDA em contexto escolar. Nos seus relatos, os professores utilizam alguns sintomas de desatenção para descrever a hiperatividade, embora esta se caracterize pela inquietação e agitação motora e verbal. Contudo, na decorrência da dificuldade que a criança tem em manter a atenção, a literatura refere que é provável uma mudança constante de foco de interesse. Os comportamentos de agitação motora também se tornam mais notórios em ambientes que requerem maior tranquilidade. Ora, estes comportamentos além de incomodarem a turma, são os mais perceptíveis pela interrupção constante, ruídos de fundo, não estar sentado quando se espera que o faça, estar inquieto ou falar em excesso.

Por outro lado, os comportamentos impulsivos levam a criança a agir sem pensar, sem prever as consequências que daí podem advir. A conjugação destes comportamentos torna este grupo de crianças “explosivas” (Cordinhã & Boavida, 2008).

O facto do aluno com PHDA interromper as atividades da sala de aula está relacionado com a sua perturbação e os comportamentos característicos desta: Comportamento disruptivo na escola e junto dos seus pares; Dificuldade em seguir instruções; Dificuldade em esperar (Sheryl Olson, 2002).

Os resultados apresentados demonstram que os sintomas que integram a vertente Déficit de Atenção são os que os docentes consideram tornarem-se os mais perturbadores em contexto escolar.

Questão 2: Prevalência da PHDA

Quanto à Prevalência da PHDA, a maioria dos sujeitos da amostra (61,9%) considera que a PHDA é “mais comum nos rapazes do que nas raparigas”, por contraste com os (38,1%) que referem ser “mais comum nas raparigas do que nos rapazes” e, nenhum dos sujeitos apontou que a prevalência seria “igualmente comum nos rapazes e nas raparigas”.

Em relação à prevalência, os resultados obtidos pelos estudos comparativos (Rodrigues, 2003) são semelhantes aos obtidos por nós. Os resultados do nosso estudo dizem-nos que “a PHDA é mais comum nos rapazes do que nas raparigas” o que vai de encontro aos resultados obtidos pelos estudos comparativos, isto é também confirmado por diversos autores e diversos estudos já realizados.

Questão 3: Causas da PHDA

Tabela 5 - Perceção dos professores sobre as causas da PHDA

Itens	N/%										Média	Sd
	Nada importante	%	Pouco importante	%	Importante	%	Muito importante	%	Totalmente importante	%		
Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	0	0	24	22,9	59	56,2	21	20,0	1	1,0	2,99	,68
Excesso de TV e Play-Station	26	24,8	23	21,9	53	50,5	3	2,9	0	0	2,31	,88
Falta de vitaminas	66	62,9	36	34,3	3	2,9	0	0	0	0	1,40	,54
Alergias alimentares ou outras	67	63,8	36	34,3	2	1,9	0	0	0	0	1,38	,52

Fatores genéticos	64	61,0	35	33,3	4	3,8	2	1,9	0	0	1,46	,66
Estilos parentais	5	4,8	79	75,2	17	16,2	4	3,8	0	0	2,19	,57
Fatores biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, etc.)	1	1,0	17	16,2	62	59,0	25	23,8	0	0	3,05	,66

Fonte: Elaboração Própria

Relativamente às causas da PHDA, os docentes mencionam, especialmente, três fatores explicativos da PHDA: os “fatores biológicos” (59,0%), os “fatores ambientais” (56,2%) e “excesso de TV e Play-Station” (50,5%). É de salientar que 79 docentes consideram os “estilos parentais” (75,2%) e 67 docentes referem “falta de vitaminas” (63,8%) como possíveis causas. Do conjunto das afirmações sobre as causas apresentadas, tendo em consideração os valores médios (3,05) e desvio padrão, apenas os “fatores biológicos” se encontra acima do nível *Importante* da escala de apreciação. Verificámos que 3 afirmações têm valor 2 (Pouco importante) “Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)”; “Excesso de TV e Play-Station” e “Estilos parentais” e, valor 1 (Nada importante) “Falta de vitaminas”; “Alergias alimentares ou outras” e “Fatores genéticos.”

São várias as teorias que tentam explicar as causas da PHDA, como pudemos constatar na parte teórica desta investigação: teorias que apontam fatores genéticos e um provável peso da hereditariedade, fatores familiares que podem fomentar e favorecer o aparecimento, causas multifatoriais (genética e ambiente), fatores de ordem cerebral. Os progressos ao nível da genética e da neuro imagem muito têm contribuído na investigação e no conhecimento que hoje se tem sobre esta problemática, no entanto continua a ser difícil indicar um fator específico responsável por esta perturbação (Lopes, 2003).

Questão 4: “A PHDA desaparece com o tempo?”

Pretendemos também perceber se os inquiridos consideram que a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo ou se se mantém ao longo da vida. Dos 92 inquiridos, (87,6%) consideram que a PHDA não desaparece com o tempo. Em contrapartida, 13 dos inquiridos (12,4%) acha que desaparece com o tempo. É possível comprovar-se que a maioria dos docentes estão informados uma vez que sabem que os sintomas podem ser amenizados com o passar do tempo, porém nunca desaparecem totalmente.

A desmotivação e o desinteresse também são indicados como características associadas ao comportamento desatento que se configura com o desempenho e habilidade educativas. Atualmente sabe-se que a desatenção é um sintoma constante, duradouro e promotor de disfunção, que era subvalorizado em função dos comportamentos hiperativos e impulsivos. Tem repercussões ao nível do rendimento e desempenho escolar conforme a literatura consultada.

Nas perspetivas de Matos, Abreu e Grevet (2005) e de Phelan (2005), durante muito tempo pensou-se que a perturbação desapareceria por volta da adolescência, pelo facto de se observar uma diminuição dos comportamentos à medida que a criança crescia, sobretudo ao nível da atividade motora, mas na realidade a maioria das crianças mantém os sintomas na idade adulta e outros problemas adicionais que foram desenvolvendo “auto-estima diminuída, a visão pessimista da vida, problemas para adotar um estilo de vida independente e grandes dificuldades interpessoais” (Phelan, 2005, p. 211).

Questão 5: “Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA?”

Tabela 6- Profissionais que devem realizar o diagnóstico

Itens		N/%						
		Importante	%	Muito importante	%	Totalmente importante	%	Média
								Sd
Professor		7	6,7	75	71,4	23	21,9	4,15
Psicólogo		40	38,1	59	56,2	6	5,7	3,67
Professor Especial	Educação	3	2,9	79	75,2	23	21,9	4,19
Médico		2	1,9	85	81,0	18	17,1	4,15

Fonte: Elaboração Própria

Pela análise da Tabela 6 observamos que 81,0% (n=85) dos inquiridos indicam que o “Médico” é o profissional com mais competências para realizar o diagnóstico, seguidamente o “Professor de Educação Especial” (75,2%) e o “Professor” (71,4%). Segundo os docentes inquiridos, os profissionais que devem realizar o diagnóstico, tendo em conta as médias mais elevadas, são as seguintes lendo-as por ordem decrescente: “Professor de Educação Especial (M=4,19); “Professor” e “Médico” ambos com os mesmos valores médios (M=4,15) e “Psicólogo” (M=3,67).

É de salientar que, de acordo com a escala de 1 a 5 foi retirado o nível 1 “nada importante” e o nível 2 “pouco importante” uma vez que não se registaram ali.

A integração na escola regular e com os seus pares só trará melhorias a nível comportamental pois “os jovens aprendem por imitação.” (cf. Barnet, 1968, 1981; Ewer, 1969 citados por Calafate, 1989, p.456).

As diferentes estratégias de intervenção que devem ser combinadas com a medicação passam pelo trabalho conjunto de equipas multidisciplinares, que passam pelo envolvimento de médicos, terapeutas, psicólogos, pais e professores (Rodrigues, 2008).

Questão 6: “Na sua opinião, podem existir outros problemas associados à PHDA?”

Com esta questão, pretendemos saber qual a opinião dos inquiridos quanto à existência de problemas associados. No que diz respeito aos problemas associados à PHDA, a maioria dos participantes (87,6%) considera que existem outros problemas associados à PHDA, o que comprova que a maioria dos inquiridos está informada quanto a esta questão.

Do nosso estudo e, da mesma forma nos estudos apresentados na revisão da literatura constatamos que PHDA em contexto escolar é percecionada pelos professores ao nível da sintomatologia, com especial relevo para os problemas que lhe estão associados e que provocam maior desadaptação.

**Questão 7: “Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior
desadaptação.”**

Tabela 7- Problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação

Itens	N/%								Média	Sd
	Pouco importante	%	Importante	%	Muito importante	%	Totalmente importante	%		
Dificuldade na relação com os pares	1	1,0	50	47,6	29	27,6	12	11,4	3,56	,73
Pouca persistência e baixa motivação	1	1,0	52	49,5	28	26,7	11	10,5	3,53	,71
Comportamentos de agressividade e oposição	0	0	55	52,4	25	23,8	12	11,4	3,53	,71
Não aceitar e respeitar as regras	2	1,9	54	51,4	25	23,8	11	10,5	3,48	,73
Dificuldades de aprendizagem	1	1,0	49	46,7	30	28,6	12	11,4	3,57	,72
Baixa autoestima	3	2,9	51	48,6	30	28,6	8	7,6	3,46	,70
Comportamentos de risco	48	45,7	33	31,4	3	2,9	0	0	3,33	,68

Fonte: Elaboração Própria

Na análise dos dados da Tabela 7, é de salientar que vários docentes assinalaram, em simultâneo, mais do que um problema associado à PHDA.

Relativamente aos problemas associados à PHDA, (52,4%) das respostas referem-se ao item “comportamentos de agressividade e oposição”, como o problema que causa uma maior desadaptação em contexto escolar, seguida de “não aceitar e respeitar regras” (51,4%) e “pouca persistência e baixa motivação” (49,5%). Os resultados apresentados evidenciam que os docentes inquiridos consideram que todos os problemas apresentados provocam desadaptação em contexto escolar e no que diz respeito aos valores médios, todas as questões apresentam valor (3), o que as coloca no nível *Importante* da escala de apreciação utilizada. É de salientar que, de acordo com a escala de 1 a 5 foi retirado o nível 1 “nada importante”, uma vez que não se registaram frequências.

Barkley (2006) diz-nos que a impulsividade consiste na dificuldade em inibir comportamentos e regular a atividade, em resposta a exigências situacionais. Muitas vezes respondem de forma rápida a situações, não respeitam as regras, não esperam pelas instruções, não medem as situações que podem ser de perigo, tentam a satisfação imediata dos seus interesses e dizem muitas vezes o que não devem.

Segundo Lopes (2003), é sobretudo nas escolas que a PHDA tem um maior impacto, no que respeita ao cumprimento de regras sociais e académicas. Torna-se extremamente difícil para estas crianças estabelecerem, manterem relações com os colegas de escola.

Questão 8: “Na sua opinião, qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA?”

Tabela 8- Formas de intervenção mais benéficas

Itens	N/%								Média	Sd
	Pouco importante	%	Importante	%	Muito importante	%	Totalmente importante	%		
Medicação	0	0	29	27,6	68	64,8	8	7,6	3,80	,56
Colaboração Pais-Escola	0	0	17	16,2	64	61,0	24	22,9	4,06	,62
Terapia familiar	9	8,6	63	60,0	27	25,7	6	5,7	3,28	,70
Apoio escolar/académico	0	0	20	19,0	61	58,1	24	22,9	4,03	,64
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	0	0	16	15,2	65	61,9	24	22,9	4,07	,61
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	0	0	18	17,1	66	62,9	21	20,0	4,02	,61

Fonte: Elaboração Própria

A maioria dos inquiridos (Tabela 8) atribui maior importância à “medicação” (64,8%). Segue-se a “introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula” (62,9%); técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico (61,9%). A maioria dos participantes considera que é menos relevante a “terapia familiar”. Em conformidade

com os dados apresentados na tabela 8, pode dizer-se que as formas de intervenção mais benéficas para a criança com PHDA, segundo os professores inquiridos, tendo em conta as médias mais elevadas, das 6 afirmações, 4 têm valor 4 ***muito importante***: “técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico” (M=4,07); “colaboração pais-escola” (M=4,06); “apoio escolar/académico” (M=4,03); “introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula” (M=4,02) e 2 afirmações têm valor 3 ***importante***, nomeadamente “medicação” e “Terapia familiar”.

É de salientar que, de acordo com a escala de 1 a 5 foi retirado o nível 1 “nada importante”, uma vez que não se registaram frequências.

O envolvimento e colaboração dos pais são fundamentais no trabalho a realizar com o professor, com a escola e com os técnicos que acompanham a criança. No caso de alunos que tenham dificuldades a nível académico ou comportamental é necessário estabelecer e manter comunicação entre a família e a escola, haver um trabalho de equipa. Alunos com dificuldades de aprendizagem, com PHDA ou Necessidades Educativas Especiais necessitarão mais de acompanhamento do que os outros alunos, Rief e Heimburge (2000). Os pais devem colaborar e partilhar informações com os professores e devem apoiá-los. Os professores também devem ser abertos e recetivos às intervenções e apoios destinados aos alunos.

Questão 9: “O que pode fazer um (a) professor quando tem uma criança com PHDA na sala de aula?”

Tabela 9- O que pode fazer um(a) professor quando tem uma criança com PHDA na sala de aula.

Itens	N/%									
	Discordo	%	Não concordo nem discordo	%	Concordo	%	Concordo totalmente	%	Média	Sd
Encaminhar para um técnico especializado.	0	0	1	1,0	75	71,4	29	27,6	4,27	,46
Manter um contacto mais frequente com a família.	0	0	0	0	65	61,9	40	38,1	4,38	,48
Adaptar o contexto físico da sala de aula.	1	1,0	2	1,9	63	60,0	39	37,1	4,33	,56
Encaminhar para o apoio educativo.	0	0	1	1,0	60	57,1	44	41,9	4,41	,51
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola.	0	0	2	1,9	66	62,9	37	35,2	4,33	,51
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula.	0	0	2	1,9	63	60,0	40	40,1	4,36	,52
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias.	0	0	3	2,9	60	57,1	42	49,0	4,37	,54
Adaptar materiais e processos de avaliação.	0	0	1	1,0	63	60,0	41	39,0	4,38	,50

Fonte: Elaboração Própria

Nesta questão, os inquiridos tiveram de classificar as atitudes que o professor deve tomar na presença de uma criança com PHDA, na sala de aula. De acordo com a Tabela 9 a maioria considerou “encaminhar para um técnico especializado” (71,4%), a atitude mais adequada, seguida de “encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola” (62,9%).

Podemos constatar que a atitude que os inquiridos valorizam menos é “adaptar o contexto físico da sala de aula” (1%). É de salientar que, de acordo com a escala de 1 a 5 foi retirado o nível 1 “discordo totalmente”, uma vez que não se registaram frequências.

Analisando-se os valores médios constata-se que os inquiridos consideram as várias afirmações com valor 4, o que as coloca no nível **Concordo** da escala de apreciação utilizada.

A negociação com o aluno e o estabelecimento de acordos é um dos aspetos principais para a modificação de comportamento e também através do reforço positivo e material, como nos dizem os autores Pinho, Mendes e Pereira (2007).

Também Nielsen (1997) diz que a melhoria dos comportamentos só acontecerá através da intervenção na área comportamental com programas de autocontrolo do comportamento.

Segundo Lopes (2001, citado por Pinho, Mendes & Pereira, 2007) para evitar os comportamentos desajustados, a sala de aula deve ter uma organização planeada e previsível e as regras da sala de aula devem ser elaboradas antecipadamente.

Questão 10: “Estratégias de intervenção?”

Tabela 10- Estratégias de intervenção

Itens	N/%											
	Nada frequente	%	Pouco frequente	%	Frequente	%	Muito frequente	%	Sempre	%	Média	Sd
Recompensas sociais (atenção, louvores...).	0	0	1	1,0	56	53,3	46	43,8	2	1,9	3,46	,55
Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis.	34	32,4	65	61,9	3	2,9	2	1,9	1	1,0	1,77	,68
Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	0	0	78	74,3	23	21,9	4	3,8	0	0	2,29	,53
Time-out (tempo de afastamento da classe).	1	1,0	97	92,4	5	4,8	2	1,9	0	0	2,07	,35
Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem).	0	0	4	3,8	78	74,3	20	19,0	3	2,9	3,21	,54
Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	0	0	0	0	71	67,6	30	28,6	4	3,8	3,36	,55
Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	0	0	0	0	73	69,5	29	27,6	3	2,9	3,33	,53
Supervisão frequente do trabalho.	0	0	0	0	72	68,6	28	26,7	5	4,8	3,36	,57
Bio feedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	0	0	1	1,0	73	69,5	27	25,7	4	3,8	3,32	,56

Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	0	0	9	8,6	81	77,1	13	12,4	2	1,9	3,07	,53
Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	46	43,8	50	47,6	6	5,7	3	2,9	0	0	1,67	,71
Regras da sala identificadas e afixadas na sala.	0	0	89	84,8	11	10,5	4	3,8	1	1,0	2,21	,54
Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: pôr o nome da criança no quadro).	29	27,6	68	64,8	4	3,8	4	3,8	0	0	1,83	,66
Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	0	0	10	9,5	94	89,5	1	1,0	0	0	2,91	,31
Encaminhar o aluno para a Direção Executiva.	3	2,9	86	81,9	14	13,3	2	1,9	0	0	2,14	,46
Regulamento disciplinar da Escola (exemplo: normas de conduta, procedimentos disciplinares).	2	1,9	87	82,9	13	12,4	3	2,9	0	0	2,16	,48
Colocar lembretes na mão do aluno (exemplo:” permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	37	35,2	63	60,0	4	3,8	1	1,0	0	0	1,70	,58
Informar o Encarregado de Educação acerca do mau do comportamento do aluno.	0	0	7	6,7	95	90,5	3	2,9	0	0	2,96	,30
Dar conhecimento ao diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.	0	0	5	4,8	98	93,3	2	1,9	0	0	2,97	,25
Ameaçar o aluno (exemplo: ”se não te começares a portar-te bem, saís da sala”).	73	69,5	27	25,7	3	3,8	2	1,9	0	0	1,37	,63

Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para essa avaliação do mesmo esse comportamento.	7	6,7	77	73,3	18	17,1	3	2,9	0	0	2,16	,57
--	---	-----	----	------	----	------	---	-----	---	---	------	-----

Fonte: Elaboração Própria

Com os resultados apresentados na Tabela 10 pretendemos conhecer as estratégias mais adotadas pelos professores para conseguir manter o seu aluno atento por períodos de tempo mais alargados. Neste sentido, numa análise global, verificamos que a estratégia preferencial é: “recompensas sociais (atenção, louvores...)” com 43,8%.

Também é possível verificar que as estratégias que os docentes, por vezes, utilizam nas suas atividades são as seguintes: “dar conhecimento ao diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno” com (93,3%), “informar o encarregado de educação acerca do mau comportamento do aluno” (90,5%), relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados” (89,5%). No entanto, as estratégias menos frequentes dizem, essencialmente, respeito ao “ameaçar o aluno” (69, 5%), “preparar um canto da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário (43,8%), “colocar lembretes na mão do aluno (35,2%). Em relação à afirmação “Ameaçar o aluno”, embora não seja dominante, isto é, apesar de ser a estratégia menos utilizada, não é a mais adequada. Os professores recorrem à referida estratégia, o que não deveria acontecer.

Do conjunto de estratégias apresentadas e tendo em conta os valores médios, das 7 das 21 afirmações têm valor 3 **Importante**, 9 afirmações têm valor 2 **Pouco importante** e 5 afirmações têm valor 1 **Nada importante**.

O aluno com PHDA leva o professor a uma constante reflexão sobre a sua atuação pedagógica. Parece-nos que as estratégias que os professores participantes nesta pesquisa utilizam na sua prática pedagógica, se aproximam das apontadas nos estudos e literatura, para implementação em contexto escolar, para a organização da sala e da estrutura da aula e da relação professor versus aluno, atendendo as variáveis afetivas e individuais (Benczik & Bromberg, 2003); (Rief & Heimburge, 2001).

A punição ou castigo é vista como menos positiva, pois só deverá ser feita quando exista uma alternativa para o comportamento disruptivo. A não ser assim, o jovem com

PHDA não entenderá porque está a ser punido e continuará a incorrer no erro de repetir comportamentos que para ele não lhe parecem desadequados (Gomes & Ambrósio, 2008).

6.2. Análise inferencial

A análise dos requisitos para aplicação das técnicas paramétricas revelou, em algumas comparações, fragilidades quer em termos de normalidade, quer de homocedasticidade. Todavia, procurando uniformizar as análises e, ao mesmo tempo, permitindo facilitar a leitura dos resultados optámos por utilizar as técnicas paramétricas. Desde já se adianta que, as comparações que se revelaram significativas foram, também, verificadas por técnicas não paramétricas sendo os resultados idênticos.

Do ponto de vista estatístico, em relação à *idade* e à *experiência profissional*, embora tenha sido feita a análise, não se verificaram diferenças significativas e, por essa razão não os fazemos constar.

Tabela 11- Resultados do T-Teste do grau de importância da PHDA, em função do género

Itens	Género	Média	Dp	t	gl	p
Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros	Mas.	3,25	,4466	1,15	103	.25
	Fem.	3,15	,3973			
Tem dificuldade em manter a atenção	Mas.	3,22	,4237	,604	103	.54
	Fem.	3,16	,4082			
Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	Mas.	3,18	,3958	,546	103	.58
	Fem.	3,14	,3503			
Não segue as instruções e não termina o trabalho	Mas.	3,25	,4466	1,59	103	.113
	Fem.	3,12	,3365			
Tem dificuldade em organizar tarefas	Mas.	3,22	,4237	1,27	103	.207
	Fem.	3,11	,3597			
Expressa relutância em envolver-se atividades que requerem um esforço mental	Mas.	3,22	,5064	1,08	103	.278
	Fem.	3,12	,3365			
Perde objetos necessários às tarefas	Mas.	2,77	,6405	-,231	103	.818

	Fem.	2,80	,5596			
Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes	Mas.	2,51	,5798	,431	103	.667
	Fem.	2,46	,5964			
Esquece-se das atividades quotidianas	Mas.	3,11	,5064	1,03	103	.303
	Fem.	2,98				
Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado	Mas.	3,00	,4804	2,16	103	.032
	Fem.	2,74	,5450			
Levanta-se na sala de aula	Mas.	3,22	,4237	.867	103	.388
	Fem.	3,14	,4179			
Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se a atividades de lazer	Mas.	2,92	,5495	1,89	103	0.61
	Fem.	2,67	,5920			
Anda ou atua como se estivesse "ligado a um motor"	Mas.	3,33	,4804	2,43	103	.017
	Fem.	3,12	,3365			
Fala excessivamente	Mas.	3,22	,4237	.919	103	.360
	Fem.	3,14	,3856			
Precipita as respostas	Mas.	3,25	,4466	1,09	103	.278
	Fem.	3,15	,4287			
Tem dificuldade em esperar a sua vez	Mas.	3,22	,4237	.919	103	.360
	Fem.	3,14	,3856			
Interrompe ou interfere nas atividades dos outros	Mas.	3,22	,4237	.919	103	.360
	Fem.	3,14	,3856			
Total	Mas.	53,1	5,87	1,45	103	.150
	Fem.	51,3	5,55			

Fonte: Elaboração Própria

A análise do nível de importância atribuído pelos professores às diferentes afirmações constantes da Tabela 11 permite verificar que o género masculino apresenta, em todas as comparações, valores médios superiores aos do género feminino.

Ambos os géneros tendem a apresentar um valor médio superior a 3 i.e., situado entre os níveis importante e muito importante da Escala de Likert utilizada. Esta tendência de maior valorização é mais vincada entre os masculinos que apenas situam as afirmações “Perde objetos necessários às tarefas”, “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes” e “Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se a atividades de lazer” entre os níveis pouco importante e importante. Por contraste, os docentes para além das afirmações já referidas,

situam entre estes mesmos níveis as afirmações. “Esquece-se das atividades quotidianas”, “Movimenta excessivamente as mãos e os pés” e “Move-se quando está sentado”. Não obstante, existe uma relativa similaridade no grau de importância atribuída à PHDA pelos docentes, uma vez que apenas em duas das afirmações se verificam diferenças significativas, com valores médios superiores nos docentes: anda ou atua como se estivesse “ligado a um motor” ($p < 0.5$), “Movimenta excessivamente as mãos e os pés” e “Move-se quando está sentado” ($p < 0.5$).

Segundo (Vasquez, 1997), devem ser dadas ao aluno com PHDA, atividades que aumentem o nível de atenção-concentração como ordenação de séries, preenchimento de espaços, exercícios de raciocínio lógico, escrita criativa, entre outros.

Tabela 12- Resultados do T-Teste das causas da PHDA, em função do género

Itens	Género	Média	Dp	t	gl	p
Causas da PHDA: fatores ambientais	Mas.	2,88	,6980	-,891	103	
	Fem.	3,02	,6833			
Causas da PHDA: excesso de TV e Playstation	Mas.	2,44	,8473	.890	103	.375
	Fem.	2,26	,8926			
Causas da PHDA: falta de vitaminas	Mas.	1,44	,5064	.487	103	.627
	Fem.	1,38	,5636			
Causas da PHDA: alergias alimentares ou outras	Mas.	1,40	,5007	.302	103	.763
	Fem.	1,37	,5372			
Causas da PHDA: fatores energéticos	Mas.	1,63	,7415	1,48	103	.141
	Fem.	1,41	,6332			
Causas da PHDA: estilos parentais	Mas.	2,22	,5064	.332	103	.740
	Fem.	2,17	,5975			
Causas da PHDA: fatores biológicos	Mas.	3,00	,6794	-,518	103	.605
	Fem.	3,07	,6600			

Fonte: Elaboração Própria

A análise às causas da PHDA permite valorizar os valores médios de forma diferente. Apenas o género feminino atribui um valor médio superior a importante “Fatores ambientais” e “Fatores biológicos, ou seja, parecem ser os mais importantes já que o género masculino apresenta também o valor mais elevado assim como nos “Fatores ambientais” (média superior a 2).

Seguem-se como causas relevantes para ambos os géneros, o “Excesso de TV e Playstation” e os “Estilos Parentais”. Entre os menos importantes estão as causas ligadas à alimentação: falta de vitaminas, alergias alimentares e fatores energéticos (média menor que 2) i.e., situada entre nada importante e pouco importante. Por fim, apesar destas diferenças de importância imputada a cada afirmação, ambos os géneros tendem a apresentar um padrão similar de respostas, confirmando-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.5$).

Tabela 13- Resultados do T-Teste dos problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação, em função do género

Ítems	Género	Média	Dp	t	gl	p
Se Sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: dificuldade na relação com os pares	Mas.	3,66	,7020	.789	90	.432
	Fem.	3,52	,7425			
Se Sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: pouca persistência e baixa motivação	Mas.	3,54	,7790	0,72	90	.943
	Fem.	3,52	,7012			
Se Sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: comportamentos de agressividade e oposição	Mas.	3,58	,6539	.401	90	.690
	Fem.	3,51	,7430			
Se Sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: aceitar e respeitar as regras	Mas.	3,50	,7223	0,84	90	.933
	Fem.	3,48	,7430			
Se Sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: dificuldades de aprendizagem	Mas.	3,54	,7211	-,267	90	.790
	Fem.	3,58	,7378			
Se Sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: baixa autoestima	Mas.	3,50	,7802	.263	90	.793
	Fem.	3,45	,6788	.		
				-,376	90	,708

Se Sim, indique aqueles que provocam maior: comportamentos de risco	Mas.	3,29	,6903
	Fem.	3,35	,6860

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com os resultados obtidos entre ambos os géneros através do teste T-Student para a afirmação “se sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação” concluímos que o género masculino apresenta níveis médios superiores, à exceção de “Dificuldades de aprendizagem” e “Comportamentos de risco”. Não existem diferenças significativas ($p \leq 0.5$).

Tabela 14- Resultados do T-Teste das formas de intervenção, em função do género

Itens	Género	Média	Dp	t	gl	p
Formas de intervenção: Medicação	Mas.	3,741	,5944	-,634	103	.527
	Fem.	3,821	,5523			
Formas de intervenção: Colaboração pais-escola	Mas.	4,148	,6015	.785	103	.434
	Fem.	4,038	,6333			
Formas de intervenção: Terapia familiar	Mas.	3,519	,6427	2,02	103	.045
	Fem.	3,205	,7091			
Formas de intervenção: Apoio escolar/académico	Mas.	4,111	,6405	.676	103	.500
	Fem.	4,013	,6545			
Formas de intervenção: Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	Mas.	4,148	,6015	.703	103	.484
	Fem.	4,051	,6221			
Formas de intervenção: Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	Mas.	4,037	,5871	.083	103	.934
	Fem.	4,026	,6237			

Fonte: Elaboração Própria

Do conjunto das afirmações apresentadas, todas as médias são superiores a muito importante, exceto as formas de intervenção: medicação e terapia familiar, em ambos os géneros, ou seja, são mais valorizadas as restantes formas. Apesar destes aspetos, são estatisticamente iguais, exceto a “Terapia familiar” em que o género feminino lhe atribui menos relevo como forma de intervenção ($p < 0.5$).

Tabela 15- Resultados do T-Teste sobre o que pode fazer um(a) professor quando tem uma criança com PHDA na sala de aula, em função do género

Itens	Género	Média	Dp	t	gl	p
Quando um (a) professor (a) tem uma criança com PHDA deve: adaptar o contexto físico da sala de aula	Mas.	4,407	,5724	.787	103	.433
	Fem.	4,308	,5654			
Quando um (a) professor (a) tem uma criança com PHDA deve: encaminhar para o apoio educativo	Mas.	4,519	,5092	1,28	103	.202
	Fem.	4,372	,5124			
Quando um (a) professor (a) tem uma criança com PHDA deve: encontrar um ambiente mais adequado	Mas.	4,407	,5007	.870	103	.386
	Fem.	4,308	,5174			
Quando um (a) professor (a) tem uma criança com PHDA deve: adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	Mas.	4,370	,5649	.097	103	.923
	Fem.	4,359	,5090			
Quando um (a) professor (a) tem uma criança com PHDA deve: ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	Mas.	4,407	,6360	.399	103	.691
	Fem.	4,359	,5090			
Quando um (a) professor (a) tem uma criança com PHDA deve: adaptar materiais e processos de avaliação	Mas.	4,407	,5724	.313	103	.755
	Fem.	4,372	,4864			

Fonte: Elaboração Própria

Em relação aos resultados obtidos, todos os valores são muito elevados (acima de 4), isto é, entre o *muito importante* e o *totalmente importante*, ou seja, os professores tendem a considerar as estratégias de intervenção como um elemento crucial no sucesso

do aluno com PHDA. E, de tal forma, ambos o consideram importante, não há diferenças significativas entre ambos ($p > 0.5$).

Deve criar-se um ambiente de aprendizagem em que os comportamentos desviantes sejam mais prevenidos que corrigidos (Dupaul & Stoner, 1994 citados por Lopes, 2003).

As rotinas e a organização e gestão da sala de aula é uma ferramenta muito importante para controlar os comportamentos “(...) a programação na sala de aula, elemento fundamental, pois guia e orienta o processo de ensino – aprendizagem” (Rodhde & Cols, p. 206). As aulas e as atividades escolares podem ser muito estimulantes como também maçadoras. “É claro que uma aula viva e interessante, dada por um professor que é bom comunicador, consegue prender a atenção de forma distinta de uma outra profundamente maçadora pelo tom monocórdico de um professor - robot.” (Antunes, 2009, p. 175). O professor deve assim, promover, facilitar a atenção e motivar a criança para as aprendizagens, indo ao encontro dos interesses da criança, demonstrando que a criança é importante elogiando quando consegue atingir os objetivos propostos. “O elogio é o mais poderoso dos estímulos, o prémio o reconhecimento tangível do sucesso.” (Antunes, 2009, p. 179).

Tabela 16- Resultados do T-Teste sobre as estratégias de intervenção, em função do género.

Estratégias de intervenção	Género	Média	Dp	t	gl	p
Recompensas sociais (atenção, louvores, afetos...)	Mas.	3,4	,57	.160	103	.87
	Fem.	3,4	,55			
Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis)	Mas.	1,9	,80	1,70	103	0,91
	Fem.	1,7	,62			
Ignorar pequenos comportamentos inadequados	Mas.	2,4	,57	1,26	103	.20
	Fem.	2,2	,52			
Time-out (tempo e afastamento da classe)	Mas.	2,2	,50	2,51	103	.01
	Fem.	2,0	,27			

Evitar fontes de estimulação	Mas.	3,2	,66	.952	103	.34
	Fem.	3,1	,50			
Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas	Mas.	3,4	,57	.491	103	.62
	Fem.	3,3	,55			
Sugerir à criança que relate o que está a fazer	Mas.	3,3	,49	.419	103	.67
	Fem.	3,3	,54			
Supervisão frequente do trabalho	Mas.	3,4	,50	.476	103	.63
	Fem.	3,3	,59			
Bio feedback - dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz	Mas.	3,2	,52	-.689	103	.49
	Fem.	3,3	,57			
Estratégias de intervenção: organizar uma folha de registo	Mas.	3,1	,48	1,23	103	.21
	Fem.	3,0	,54			
Preparar um "canto" da sala	Mas.	1,7	,84	.857	103	.39
	Fem.	1,6	,66			
Regras da sala identificadas e afixadas na sala	Mas.	2,3	,68	1,78	103	.07
	Fem.	2,1	,48			
Repreensões para comportamentos impróprios	Mas.	2,0	,91	1,47	103	.14
	Fem.	1,7	,55			
Relatório semanal	Mas.	2,9	,19	.935	103	.35
	Fem.	2,8	,34			
Encaminhar o aluno para a Direção Executiva	Mas.	2,2	,54	2,00	103	.048
	Fem.	2,0	,43			
Regulamento disciplinar da Escola	Mas.	2,3	,62	2,67	103	.009
	Fem.	2,0	,40			
Colocar lembretes	Mas.	1,8	,73	1,13	103	.26
	Fem.	1,6	,52			
Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno	Mas.	3,0	,39	.745	103	.45
	Fem.	2,9	,27	.		
Dar conhecimento ao diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno	Mas.	2,9	,33	-.197	103	.84
	Fem.	2,9	,22			

Ameaçar o aluno	Mas.	1,5	,84	2,12	103	.036
	Fem.	1,2	,53			
Anotar o mau comportamento do aluno	Mas.	2,2	,69	.632	103	.52
	Fem.	2,1	,52			

Fonte: Elaboração Própria

Do conjunto das afirmações, os professores apresentam valores médios muito distintos, oscilando entre de 1 e 3 i.e., atribuem importâncias muito distintas, ou seja, “Preparar um canto da sala” (nível 1), “Time-out” (nível 2) e “Recompensas sociais” (nível 3).

Existem diferenças significativas ($p < 0.5$) entre o género masculino e o feminino nas afirmações “Time-out”, “Encaminhar o aluno para a Direção Executiva”, “Regulamento disciplinar da Escola” e “Ameaçar o aluno”. O género masculino tende a enfatizar muito mais os aspetos de ordem regulamentar e sancionatório e, inclusive a ameaçar o aluno, sendo aliás esta prática de todo inadequada, quer do ponto de vista dos direitos da criança, quer na perspetiva pedagógica.

De acordo com (Parker, 2003) deve evitar-se o recurso a castigos desnecessários ou injustificados, ignorando os comportamentos menos adequados quando estes não são demasiado graves, além disso, a reprimenda após o comportamento desajustado deve ser dada de preferência em privado (Dupaul & Stonner, 1994, citados por Lopes, 2003).

Tabela 17- Resultados do T-Teste do grau de importância, em função dos ciclos de ensino

Grau de importância da PHDA	Ciclo de Ensino	Média	Dp	t	gl	p
Não presta atenção aos pormenores	1º	3,08	,28	-2,0	94	.047
	2º	3,25	,48			
Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades	1º	3,08	,28	-2,0	94	.047
	2º	3,25	,48			
Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	1º	3,06	,25	-1,8	94	.066
	2º	3,19	,40			
Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares	1º	3,04	,20	-2,5	94	.014
	2º	3,21	,41			
Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas	1º	3,04	,20	-2,5	94	.014
	2º	3,23	,47			
Expressa relutância em envolver-se em tarefas que requerem um esforço mental	1º	3,04	,20	-2,2	94	.014
	2º	3,21	,46			
Perde objetos necessários às tarefas	1º	2,66	,52	-1,9	94	.053
	2º	2,90	,64			
Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes	1º	2,37	,61	-1,4	94	.150
	2º	2,54	,54			
Esquece-se das atividades quotidianas	1º	2,93	,39	-,97	94	.334
	2º	3,03	,63			
Movimenta excessivamente as mãos e os pés	1º	2,68	,51	-2,1	94	.038
	2º	2,92	,56			
Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que tal é inadequado	1º	3,08	,28	-1,4	94	.140
	2º	3,21	,50			
Tem dificuldade em dedicar-se a atividades de lazer	1º	2,60	,58	-2,0	94	.041
	2º	2,82	,47			

Anda ou atua como se estivesse "ligado a um motor"	1º	3,08	,28	-1,9	94	.056
	2º	3,23	,42			
Fala excessivamente	1º	3,08	,28	-1,5	94	.115
	2º	3,21	,46			
Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado	1º	3,11	,38	-1,2	94	.233
	2º	3,21	,46			
Tem dificuldade em esperar a sua vez	1º	3,06	,25	-1,7	94	.090
	2º	3,19	,44			
Interrompe ou interfere nas atividades dos outros	1º	3,06	,25	-1,7	94	.090
	2º	3,19	,44			

Fonte: Elaboração Própria

Verificámos que em todas as afirmações, o 2º Ciclo apresenta valores médios superiores em relação ao 1º Ciclo, evidenciando expressão estatística ($p \leq 0.5$) nos itens “Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra”, “Perde objetos necessários às tarefas”, “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”, “Esquece-se das atividades quotidianas”, “Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que tal é inadequado”, “Anda ou atua como se estivesse "ligado a um motor", “Fala excessivamente”, “Tem dificuldade em esperar a sua vez” e “Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.” O 1º Ciclo apresenta valores inferiores a 3 em “Perde objetos necessários às tarefas”; “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”; “Esquece-se das atividades quotidianas”; “Movimenta excessivamente as mãos e os pés”; “Tem dificuldade em dedicar-se a atividades de lazer”.

Em relação ao estabelecimento de regras e ao esperar pela sua vez para intervir, Gomes e Ambrósio (2008) dizem que se devem estabelecer regras e consequências, estabelecer alternativas para comportamentos desadequados e elogiar os comportamentos adequados e ignorar os desadequados.

Tabela 18- Resultados do T-Teste dos profissionais que devem realizar o diagnóstico, em função dos ciclos de ensino

Itens	Ciclo de Ensino	Média	Dp	t	gl	p
Profissionais que realizam diagnóstico: professor	1º	4,15	,4746	-,60	94	.550
	2º	4,21	,5025			
Profissionais que realizam diagnóstico: psicólogo	1º	3,53	,5045	-1,9	94	.049
	2º	3,76	,6193			
Profissionais que realizam diagnóstico: professor Educação Especial	1º	4,15	,4240	-1,1	94	.264
	2º	4,25	,4401			
Profissionais que realizam diagnóstico: médico	1º	4,08	,3582	-1,3	94	.173
	2º	4,19	,4010			

Fonte: Elaboração Própria

Pelo resultado apresentado na tabela acima apresentada, é possível concluir que os docentes de ambos os ciclos valorizam de modo muito vincado o diagnóstico realizado por todos os técnicos (valor médio superior a 4) com exceção do psicólogo, sendo aliás neste último profissional que as opiniões mais divergem, registando-se diferenças significativas, com expressão mais elevada nos professores do 2º Ciclo.

Um professor deve ser professor/investigador, que explora e analisa convenientemente e com consistência todo o conjunto de interações ocorridas durante o processo, não deixando de lado o meio em que a criança está inserida, mas que têm que ser levados em conta e, desse modo, proceder a reajustes as suas ações, estratégias. O diagnóstico da PHDA feito por um especialista é fundamental, para se diagnosticar, intervir e evitar o agravamento da perturbação.

Tabela 19- Resultados do T-Teste dos problemas associados à PHDA que provocam maior desadaptação, em função dos ciclos de ensino

Itens	Ciclos de Ensino	Média	Dp	t	gl	p
Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: dificuldade na relação com os pares	1º	3,36	,6984	-2,0	81	.040
	2º	3,69	,7153			
Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: pouca persistência e baixa motivação	1º	3,36	,6227	-2,0	81	.040
	2º	3,69	,7805			
Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: comportamentos de agressividade e oposição	1º	3,36	,6617	-1,9	81	.051
	2º	3,66	,7213			
Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: não aceitar e respeitar as regras	1º	3,31	,6496	-2,0	81	.039
	2º	3,64	,7594			
Se respondeu sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação: dificuldades de aprendizagem	1º	3,43	,6726	-1,4	81	.151
	2º	3,66	,7544			
Se respondeu sim na questão anterior, indique aqueles que provocam maior desadaptação: baixa autoestima	1º	3,29	,6018	-2,1	81	.034
	2º	3,61	,7636			
Se respondeu sim na questão anterior, indique aqueles que provocam maior desadaptação: comportamentos de risco	1º	3,19	,6411	-1,6	81	.098
	2º	3,42	,6302			

Fonte: Elaboração Própria

Constata-se, perante a afirmação “se sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação” que o 2º Ciclo apresenta níveis médios superiores. Pelo resultado na Tabela acima apresentada, é possível concluir que os docentes de ambos os ciclos valorizam de modo vincado os fatores que causam maior desadaptação “Dificuldade na relação com os pares”, “Pouca persistência e baixa motivação”, “Comportamentos de agressividade e oposição” (valor médio superior a 3), registando-se diferenças significativas ($p \geq 0.5$), nomeadamente em “Dificuldade na relação com os pares”, “Pouca persistência e baixa motivação”, “Não aceitar e respeitar as regras”, com expressão mais elevada nos professores do 2º Ciclo.

Tabela 20- Resultados do T-Teste das formas de intervenção, em função dos ciclos de ensino

Formas de intervenção	Ciclo de Ensino	Média	Dp	t	gl	p
Medicação	1º	3,57	,4995	-3,7	94	.000
	2º	3,98	,5474			
Colaboração pais-escola	1º	3,82	,6138	-3,4	81	.034
	2º	4,23	,5509			
Terapia familiar	1º	3,02	,5834	-2,8	94	.005
	2º	3,39	,6657			
Apoio escolar/académico	1º	3,80	,6252	-3,3	94	.001
	2º	4,21	,5767			
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	1º	3,82	,6138	-3,4	94	.001
	2º	4,23	,5509			
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	1º	3,80	,6252	-3,4	94	.001
	2º	4,21	,5409			

Fonte: Elaboração Própria

Concluímos, deste modo, pelos resultados acima apresentados, que o 2º Ciclo apresenta valores médios superiores e com expressão estatística ($p \geq 0.5$), nomeadamente “Medicação”, “Terapia familiar”, “Apoio escolar/académico”, “Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico” e “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula”.

Pelo resultado apresentado na tabela acima apresentada, é possível concluir que os docentes de ambos os ciclos valorizam de modo realçado as formas de intervenção (valor médio superior a 3), com expressão mais elevada nos professores do 2º Ciclo.

De acordo com Polaino-Lorente e Ávila (2004), os pais e os professores tem de andar de mãos dadas, tanto no processo de aprendizagens como no controlo da conduta, pois só rumando todos para o mesmo lado é que se consegue atingir os objetivos, ou seja, aumentar a capacidade de aprendizagem e de sucesso, promovendo a inclusão. A literatura faz referência, à necessidade de se introduzir estratégias, diversificadas,

adaptações curriculares e adotar métodos individualizados, considerados fatores de sucesso para se trabalhar com crianças/jovens com PHDA.

Tabela 21- Resultados do T-Teste relativo à comparação das estratégias a utilizar na sala de aula em função do ciclo de ensino

Quando um (a) professor (a) tem uma criança com PHDA deve:	Ciclo de Ensino	Média	Dp	t	gl	p
Encaminhar para um técnico especializado	1º	4,13	,405	-2,3	94	.018
	2º	4,35	,483			
Manter um contacto mais frequente com a família	1º	4,31	,4682	-1,5	94	.113
	2º	4,47	,5041			
Adaptar o contexto físico da sala de aula	1º	4,26	,4954	-1,9	94	.049
	2º	4,47	,5041			
Encaminhar para o apoio educativo	1º	4,28	,5055	-2,1	94	.049
	2º	4,51	,5049			
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	1º	4,26	,4954	-1,6	94	.109
	2º	4,43	,5002			
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	1º	4,28	,5055	-1,7	94	.082
	2º	4,47	,5041			
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	1º	4,28	,5055	-1,6	94	.094
	2º	4,47	,5423			
Adaptar materiais e processos de avaliação	1º	4,31	,4682	-1,5	94	.129
	2º	4,47	,5423			

Fonte: Elaboração Própria

Os docentes de ambos os ciclos valorizam as estratégias a utilizar na sala de aula (valor médio superior a 4). Em relação aos resultados obtidos, concluímos que se verifica uma prevalência do 2º Ciclo, verificando-se diferenças significativas e com expressão estatística ($p \geq 0.5$), nomeadamente “Encaminhar para um técnico especializado”, “Adaptar o contexto físico da sala de aula”, “Encaminhar para o apoio educativo”.

À luz da literatura atual, é pertinente referir que um aluno com PHDA precisa de um ambiente escolar bem estruturado, no qual haja um afastamento de focos de distração como janelas, expositores para não se distrair tão frequentemente. Parafraseando Maia (2008, p. 15) “as crianças com PHDA dão o melhor de si quando trabalham numa atmosfera tranquila, recebem uma atenção individualizada e estão inseridas numa turma reduzida composta de só um ano de escolaridade”. Também Parker (2003, p. 57), refere que os alunos com esta perturbação “devem sentar-se perto de um bom modelo, ou próximo do professor, de forma que possam ser incentivados a trabalhar”.

Tabela 22- Resultados do T-Teste sobre as estratégias de intervenção, em função do ciclo de ensino

Estratégias de intervenção	Ciclo de Ensino	Média	Dp	t	gl	p
Recompensas sociais	1º	3,31	,4682	-2,8	94	.005
	2º	3,60	,5321			
Recompensas materiais	1º	1,57	,6212	-2,3	94	.018
	2º	1,82	,6212			
Ignorar pequenos comportamentos inadequados	1º	2,26	,5394	,118	94	.907
	2º	2,25	,4401			
Time-out (tempo e afastamento da classe)	1º	2,02	,1491	-,62	94	.536
	2º	2,05	,3694			
Organização da sala de aula	1º	3,06	,3931	-2,4	94	.018
	2º	3,31	,5828			
Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas	1º	3,15	,3665	-3,4	94	.001
	2º	3,52	,6435			
Sugerir à criança que relate o que está a fazer	1º	3,13	,3438	-3,4	94	.001
	2º	3,49	,6123			

Supervisão frequente do trabalho	1º	3,17	,4415	-2,6	94	.009
	2º	3,47	,6117			
Dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz	1º	3,13	,3438	-2,7	94	.006
	2º	3,43	,6405			
Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno	1º	2,93	,3931	-2,1	94	.031
	2º	3,15	,5787			
Preparar um "canto" da sala	1º	1,62	,5347	,112	94	.467
	2º	1,60	,6951			
Regras da sala identificadas e afixadas na sala	1º	2,04	,2084	-,73	94	.911
	2º	2,19	,4481			
Repreensões para comportamentos impróprios	1º	1,73	,4954	-2,0	94	.075
	2º	1,82	,6843			
Relatório semanal com objetivos específicos	1º	2,86	,3438	-1,8	94	.040
	2º	2,96	,2801			
Encaminhar o aluno para a Direção Executiva	1º	2,04	,3665	-1,4	94	.143
	2º	2,19	,4481			
Regulamento disciplinar da Escola	1º	2,08	,3582	-,84	94	.398
	2º	2,15	,4182			
Colocar lembretes na mão do aluno	1º	1,71	,5055	,971	94	.334
	2º	1,60	,5321			
Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno	1º	2,93	,2523	-,15	94	.876
	2º	2,94	,2376			
Dar conhecimento ao diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno	1º	2,97	,1491	,890	94	.376
	2º	2,94	,2376			
Ameaçar o aluno	1º	1,28	,4584	-,23	94	.811
	2º	1,31	,5474			

Anotar o mau comportamento do aluno	1º	2,15	,5203	,552	94	.582
	2º	2,09	,5002			

Fonte: Elaboração Própria

No seguimento da análise, apresentamos a Tabela 22 que nos remete para uma comparação da importância das estratégias de intervenção que os professores do 1º e 2º Ciclos usam, mais frequentemente, com as crianças com esta problemática. Assim sendo, é possível verificar as estratégias que os docentes utilizam nas suas práticas.

Do conjunto das afirmações, o 2º Ciclo apresenta níveis médios superiores à exceção de “Preparar um canto da sala”, “Colocar lembretes na mão do aluno”, “Dar conhecimento ao diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno” e “Anotar o mau comportamento do aluno”. Verificam-se diferenças significativas e com expressão estatística ($p \geq 0.5$), nomeadamente “Recompensas sociais”, “Recompensas materiais”, “Organização da sala de aula”, “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas”, “Sugerir à criança que relate o que está a fazer”, “Supervisão frequente do trabalho”, “Dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz”, “Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno” e “Relatório semanal com objetivos específicos”.

É de referir que, de acordo com os resultados apresentados, os professores do 1º Ciclo se encontram menos sensibilizados para esta questão do que os professores do 2º Ciclo.

Segundo Antunes (2009), é importante que o aluno com PHDA esteja consciente de que o professor valoriza os seus esforços, para estar quieto e para ter um bom rendimento académico. É necessário, que o professor também esteja sensível e demonstre o seu interesse, sinalize as conquistas, através de um elogio ou de um recado no caderno ou caderneta do aluno.

6.3. Discussão dos resultados

Tendo em consideração que a formação e informação acerca da PHDA é essencial para facultarmos respostas adequadas às carências das crianças no contexto escolar, importa compreender até que ponto os docentes estão afazidos com esta problemática.

Pela análise dos resultados do nosso estudo, constata-se que a maioria dos docentes estão bem informados sobre a PHDA (28,6% revelam estarem muito informados, 67,6% afirmam estarem informados sobre esta problemática, em contrapartida apenas 3,8% revelaram estarem pouco informados).

A PHDA, de facto, é a perturbação mais estudada, prevalente e com validade clínica, que afeta a vida de inúmeras crianças a nível académico, familiar e na relação com os seus pares (Barkley, 2002).

No estudo desenvolvido por Fernández e os seus colaboradores (2007), os resultados obtidos revelaram que os docentes têm mais conhecimento na área da sintomatologia e diagnóstico do que na forma de tratamento, tal como nós verificamos no nosso estudo. Também nos estudos realizados em Portugal por Loureço (2009) e por Catarino (2010) foi possível constatar que os docentes estão mais bem informados a nível dos sintomas/diagnóstico do que a nível de tratamento.

No que concerne às características que os docentes salientam como as que mais perturbam a vida escolar as crianças, por ordem decrescente, são: “tem dificuldade em organizar atividades e tarefas (86,7%), seguida de perto por “parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra” (84,8%); ”interrompe ou interfere nas atividades dos outros” (84,8%); “tem dificuldade em esperar a sua vez” (84,8%); “fala excessivamente” (84,8%).

As características que os docentes mencionam como sendo as que menos perturbam a vida escolar das crianças são: “expressa relutância em envolver-se em atividades que requerem esforço mental mantido (1,0%).

Comparando os nossos resultados, com os de Júlio (2009) e Lourenço (2009), constata-se semelhanças nos itens “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades” e “Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra” associados à desatenção, como os que causam maior perturbação em contexto escolar. Já o estudo de Baptista (2010), com o objetivo de analisar os conhecimentos dos professores sobre o impacto que os problemas de comportamento de crianças com PHDA causam em contexto escolar, aponta os comportamentos/características “Relacionamento com os pares” e “Dificuldade

em cumprir regras“ que correspondem à Impulsividade, como os indicados pelos professores como mais perturbadores.

Averiguando os resultados do nosso estudo relativamente à prevalência da PHDA, os inquiridos são concílios em considerar que “a PHDA é mais comum nos rapazes do que nas raparigas” o que vai de encontro aos resultados obtidos por Loureço (2009). Analisando estes resultados à luz da literatura, o nosso estudo espelha aquilo que vem sendo dito e confirmado, que a PHDA é mais comum nos rapazes.

Ao questionarmos os professores relativamente às possíveis causas da PHDA, constatamos que a maioria dos professores considera que os “fatores biológicos” é a principal causa, seguida de “fatores ambientais” e depois de “excesso de TV e Play-Station”, “falta de vitaminas e alergias alimentares” e, por fim, “fatores energéticos”. Confrontando estes resultados com os estudos realizados por Ghanizadeh e colaboradores (2006), Ribeiro (2008) e Lourenço (2009), verificamos que os participantes nestes estudos apontam, contrariamente ao nosso estudo, a principal causa da PHDA os fatores genéticos.

Inúmeras investigações se têm realizado neste campo, muitos investigadores consideram que a PHDA é multifatorial, isto é, existem múltiplos fatores que podem causar a PHDA e não um único fator (Barkley, 2002; García, 2001).

Um outro item que pretendemos analisar no nosso estudo, foi relativamente a quem deve fazer o diagnóstico, observando-se que de uma maneira geral os docentes referem que deve ser o “Médico” a realizar o diagnóstico. Os resultados do estudo de Lourenço (2009) diferem do nosso, visto que os inquiridos consideram que deve ser o Psicólogo o principal profissional a realizar o diagnóstico.

De facto, o diagnóstico nem sempre é fácil. Por isso, não deve ser feito por um profissional especializado e sim deve-se recorrer a uma equipa multidisciplinar. Deve fazer-se uma avaliação que abarque um historial clínico, exames médicos, uma avaliação comportamental, académica e cognitiva.

Quando questionamos os docentes sobre se a PHDA está associada a outros problemas, os resultados do nosso estudo revelam que os docentes consideram que a PHDA está associada a outros problemas. O nosso estudo coincide com o estudo realizado por Lourenço (2009), pois os professores consideram que esta problemática estava sempre associada a outros problemas.

Segundo a revisão da literatura a maioria das crianças com PHDA apresentam outros problemas associados. Estes problemas podem comprometer muito a qualidade de vida destas crianças, pois habitualmente apresentam uma baixa autoestima, um baixo rendimento escolar e muitas dificuldades no relacionamento com os seus pares.

Um outro objetivo do nosso estudo foi conhecer as perceções dos professores sobre o impacto da PHDA em contexto escolar. Verificámos então que os problemas que podem provocar uma maior desadaptação das crianças em contexto escolar são as “Comportamentos de agressividade e oposição ” seguida de “ Não aceitar e respeitar regras”.

Comparando o nosso estudo com o estudo realizado por Ribeiro (2008), existem semelhanças, pois neste estudo os participantes consideram que as causas que podem provocar maior desadaptação em contexto escolar são “comportamento, agressividade e oposição” e a “não-aceitação de regras”. No estudo realizado por Filipe (2011) existem diferenças significativas em relação ao nosso estudo, pois os professores consideram que os fatores que podem causar maior desadaptação são: “pouca persistência e baixa motivação”, “não aceitar e respeitar regras”, “ter comportamentos agressivos e de oposição”, seguindo-se “as dificuldades de aprendizagem”.

Segundo Barkley (2008) os problemas que sobressaem em contexto escolar são os problemas a nível académico e no domínio cognitivo.

Vários estudos têm revelado que estas crianças são mais propensas a terem dificuldades de aprendizagem, devido a um défice nos processos que envolvem a compreensão ou a utilização da linguagem falada ou escrita (Parker, 2003).

À luz da literatura estima-se que 50% das crianças com esta problemática ostentam problemas de relacionamento e integração social, isto é, estas crianças têm muitas dificuldades em se relacionarem com os seus pares devido à sua impulsividade, desatenção e agressividade (Lopes, 2004).

Para Parker (2003) são nas atividades na sala de aula que requerem que as crianças tenham mais concentração e quietude, que surgem os maiores problemas. Estas crianças aborrecem-se facilmente com tarefas monótonas e repetitivas o que leva a que se distraiam com relativa facilidade.

Por fim, pretendemos também no nosso estudo analisar as atitudes e estratégias de intervenção que os professores adotam junto destas crianças.

No que concerne às formas de intervenção que os professores consideram ser mais benéficas para as crianças com PHDA, verificamos que os inquiridos consideram que a “Medicação” é a forma de intervenção que trará mais benefícios a estas crianças seguida de “introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula” e “técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico”.

Um estudo realizado na Alemanha, em 1994, sobre as Atitudes e Conhecimento dos professores acerca da PHDA no que concerne às atitudes e formas de intervenção, que os professores que participaram no estudo consideram trazer mais benefícios para as crianças com PHDA, constatou-se que os participantes no estudo, consideram que a “colaboração pais-escola”, é a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA (Lourenço, 2009, p.139), o que não vai de encontro ao presente estudo.

No estudo realizado por Filipe (2011), os inquiridos consideram que a intervenção que trará mais benefícios para as crianças com PHDA é a intervenção Multimodal.

Todos nós devemos ter presente que a intervenção não pode ser um método isolado, devido aos sintomas abrangentes da PHDA. Deste modo, é necessária uma forma de intervenção combinada (Rodrigues, 2008).

Sobre a atitude a tomar pelo professor quando tem uma criança com PHDA na sala de aula, os participantes do estudo de Lourenço (2009) também consideraram como prioritário encaminhar para um profissional, o que também é uma atitude bastante valorizada pelos participantes da presente investigação.

Os resultados sugerem que, os participantes atribuem muita importância a “Encaminhar para um técnico especializado”, seguida de “encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola”.

É imprescindível que o professor conheça o historial da criança e as suas características particulares e possua conhecimento teórico sobre a PHDA. Deste modo, a sua intervenção deve facilitar a aprendizagem do aluno, recorrendo a técnicas consideradas eficazes, o que deve ser orientado para a melhoria do ensino.

Ao interrogarmos os professores sobre as estratégias de intervenção que mais utilizam com as crianças com PHDA, de uma forma global, constata-se que as estratégias preferenciais, utilizadas na sala de aula, consistem em “recompensas sociais (atenção, louvores...)”. Também é possível verificar que as estratégias que os docentes, por vezes, utilizam nas suas atividades são as seguintes: “dar conhecimento ao diretor de turma

acerca do mau comportamento do aluno”, “informar o encarregado de educação acerca do mau comportamento do aluno”, “relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados”. O estudo de Lourenço (2009) vai de encontro aos resultados do nosso estudo, relativamente às estratégias de intervenção em contexto escolar mais assinaladas pelos docentes que foram: a supervisão do trabalho, o dar ao aluno informação suficiente em relação ao trabalho que faz e as recompensas sociais.

No estudo de Monteiro (2011) também vai de encontro aos resultados alcançados no nosso estudo, a maioria dos inquiridos considera que as estratégias de intervenção devem ser diversificadas. As estratégias que os professores consideram ser as mais adequadas à sala de aula são: manter o aluno afastado de focos de distração; enfatizar a qualidade e não a quantidade; sentar o aluno na primeira fila, perto da secretária do professor. Relativamente às estratégias de intervenção educativa, os docentes elegem as seguintes estratégias: identificar os pontos fortes do aluno hiperativo; manter contacto regular com os pais do aluno hiperativo; e a atitude dos professores.

É imprescindível que o professor conheça o historial da criança e as suas características particulares e possua conhecimento teórico sobre a PHDA. Deste modo, a sua intervenção deve facilitar a aprendizagem do aluno, recorrendo a técnicas consideradas eficazes, o que deve ser orientado para a melhoria do ensino.

Estes resultados vão ao encontro do referido por Barkley (2002), segundo o qual, o professor deve ser capaz de identificar a problemática, definir estratégias, adequar as práticas pedagógicas, de forma a minimizar as adversidades sentidas por estes alunos na sala de aula. As estratégias devem ser definidas através da coordenação de esforços com uma equipa multidisciplinar. Só assim será possível a ativação do desenvolvimento psicológico dessas crianças.

Em relação às hipóteses, confirmam-se parcialmente em relação a alguns itens. Assim, relativamente ao grau de importância da PHDA em função do género, existe uma relativa similaridade pelos docentes, uma vez que apenas em duas das afirmações se verificam diferenças significativas, com valores médios superiores nos docentes: “anda ou atua como se estivesse “ligado a um motor”” ($p < 0.5$), “Movimenta excessivamente as mãos e os pés” e “Move-se quando está sentado” ($p < 0.5$). Através da análise da Tabela 5 verifica-se que o género masculino apresenta, em todas as comparações, valores médios superiores aos do género feminino.

No que se refere às estratégias de intervenção em função do género existem diferenças significativas ($p < 0.5$) entre o género masculino e o feminino nas afirmações “Time-out”, “Encaminhar o aluno para a Direção Executiva”, “Regulamento disciplinar da Escola” e “Ameaçar o aluno”. O género masculino tende a enfatizar muito mais os aspetos de ordem regulamentar e sancionatório.

Relativamente ao grau de importância da PHDA em função do ciclo de ensino, o 2º Ciclo apresenta valores médios superiores em relação ao 1º Ciclo, evidenciando expressão estatística ($p \leq 0.5$) nos itens “Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra”, “Perde objetos necessários às tarefas”, “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”, “Esquece-se das atividades quotidianas”, “Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que tal é inadequado”, “Anda ou atua como se estivesse “ligado a um motor”, “Fala excessivamente”, “Tem dificuldade em esperar a sua vez” e “Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.”

Quanto aos profissionais que devem realizar o diagnóstico em função do ciclo de ensino, é possível concluir que os docentes de ambos os ciclos valorizam de modo muito vincado o diagnóstico realizado por todos os técnicos com exceção do psicólogo, sendo neste último profissional que as opiniões mais divergem, registando-se diferenças significativas, com expressão mais elevada nos professores do 2º Ciclo.

Em relação às estratégias de intervenção em função do ciclo de ensino, o 2º Ciclo apresenta níveis médios superiores à exceção de “Preparar um canto da sala”, “Colocar lembretes na mão do aluno”, “Dar conhecimento ao diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno” e “Anotar o mau comportamento do aluno”. Verificam-se diferenças significativas e com expressão estatística ($p \geq 0.5$), nomeadamente “Recompensas sociais”, “Recompensas materiais”, “Organização da sala de aula”, “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas”, “Sugerir à criança que relate o que está a fazer”, “Supervisão frequente do trabalho”, “Dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz”, “Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno” e “Relatório semanal com objetivos específicos”.

No que se refere à idade, de acordo com o valor da média ($40,2 \pm 7,2$) verifica-se que a maioria da amostra se situa próximo desta idade, o que revela uma maturidade etária dos inquiridos.

Relativamente ao género dos docentes, é de referenciar um número elevado de participantes, ou seja, 74,3% (N=78) do género feminino, contrariamente a 25,7% (N=27) do género masculino.

Quanto ao nível académico dos docentes da amostra, constata-se que 27,6% (N=29) dos inquiridos possuem grau de Mestrado. Os restantes 68,6% (N=72) indicou ter o grau de Licenciatura.

Em relação à experiência profissional dos docentes (Tabela 4) e de acordo com o valor da média ($14,6 \pm 8,0$) constata-se que são docentes com elevada experiência profissional, situando-se numa posição intermédia das fases do ciclo de vida de um docente.

No que concerne ao ciclo de ensino dos docentes, verificamos que 42,2% dos inquiridos são professores do 1º Ciclo e 57,8% professores são do 2º Ciclo.

Relativamente à localidade, constatámos que a maioria dos docentes (66,7%) são provenientes da Vila, 25,7% são provenientes da Cidade, enquanto uma minoria dos docentes (7,6%) são provenientes da Aldeia.

Quanto à situação profissional, 51 docentes (48,6%) pertencem ao quadro de agrupamento e 34 (32,4%) são contratados.

As hipóteses nulas confirmam-se parcialmente em função das variáveis independentes consideradas, com exceção da idade isto porque em algumas variáveis não se apresentam diferenças significativas.

6.4. Sensibilização/Formação dos docentes

De acordo com o estudo efetuado e de modo a ajudar os docentes do Agrupamento a ultrapassar algumas “limitações” no que concerne à intervenção junto de alunos com PHDA, seria pertinente que, juntamente com a Psicóloga do Agrupamento em causa, fossem dinamizadas ações de formação, no sentido de serem apresentadas algumas estratégias/linhas metodológicas a adotar com estas crianças, de modo a que possam vir a ter um melhor desempenho.

Deste modo, com estas formações dar-se-ia resposta às necessidades da criança; promover-se-ia uma interação entre estas e o meio envolvente/a sociedade; favorecer-se-ia o seu desenvolvimento e, fomentar-se-ia a função educativa da escola.

Temos consciência que as práticas pedagógicas dos docentes assumem grande importância, uma vez que podem desenvolver a auto-estima e a autoconfiança em todas as crianças, incluindo as crianças com PHDA. Assim, apresentamos um programa de formação para docentes que integra: objetivos específicos, conteúdos e também um conjunto de metodologias e avaliação.

Deste modo, considerámos como objetivos específicos:

- Sensibilizar os docentes para a problemática da PHDA;
- Reconhecer a importância da PHDA no processo de desenvolvimento de alunos com essas características;
- Auxiliar os docentes a melhor identificar, gerir e encaminhar alunos com PHDA;
- Conhecer / ajustar a legislação disponível e os atuais recursos educativos;
- Traçar linhas metodológicas a adotar com alunos com PHDA;
- Refletir acerca dos problemas escolares das crianças com PHDA e encontrar soluções adequadas;
- Elaborar planos de intervenção inovadores a nível de práticas letivas e de enriquecimento do processo de ensino-aprendizagem;
- Encontrar respostas acerca da temática e estabelecer uma articulação de múltiplos saberes em prol de práticas educativas de qualidade.

O presente programa de formação é composto por cinco ações, considerando-se os seguintes conteúdos:

I Ação – Conceptualização e delimitação teórica (3 horas)

1. Abordagem histórica da PHDA
2. Conceitos e realidades sobre a PHDA
3. Modelos explicativos do conceito de PHDA
4. Caracterização das crianças com PHDA

II Ação – Identificação e avaliação (4 horas)

1. Motivos que justifiquem a sinalização e avaliação

2. Identificação e avaliação dos alunos com PHDA

3. Princípios gerais, cuidados e problemas

3.1. Procedimentos de identificação

3.2. Tipologia dos instrumentos na identificação de alunos com PHDA

3.3. Diversidade de agentes na avaliação

4. O papel do professor na identificação de alunos com PHDA

III Ação – A PHDA como problemática (4 horas)

1. Problemas e necessidades educativas dos alunos com PHDA

2. Funcionamento cognitivo dos alunos com PHDA – algumas características

2.1. Insatisfação e mal-estar em contexto escolar – alguns sintomas

2.2. PHDA e insucesso escolar

2.3. O autoconceito e dificuldades de aprendizagem dos alunos com PHDA

IV Ação – Organização da intervenção educativa (8 horas)

1. Enquadramento legal

2. A PHDA: perspetivas atuais em Portugal

3. A escola face à problemática da PHDA

4. A intervenção educativa com alunos com PHDA

4.1. Diversidade de apoios aos alunos com PHDA

5. O professor de alunos com PHDA: atributos e características

6. Inadaptação do aluno de PHDA à escola e vice-versa

V Ação – Avaliação/Reflexão (6 horas)

1. Apresentação dos trabalhos elaborados para troca de experiências e enriquecimento entre pares
2. Reflexão Final
3. Avaliação

De seguida, apresenta-se na Tabela 23 as metodologias e a forma de avaliação a implementar com o programa de formação.

Tabela 23- Programa de Formação, Metodologia e Avaliação

Metodologias	Avaliação
<p>Sessões presenciais e de trabalho autónomo que decorrerão de forma articulada e alternada: dois sábados seguidos de sessões presenciais e teóricas (8 horas cada um, perfazendo um total de 16 horas); três semanas de trabalho autónomo (25 horas); e uma sexta e um sábado de sessões presenciais que incidirão na apresentação de trabalhos e sua reflexão (4 horas + 5 horas = 9 horas)</p> <p>Sessões Presenciais: 25 horas</p> <p>Teóricas – A componente teórica operacionalizar-se-á através da exposição oral, com recurso às novas tecnologias da informação.</p> <p>Teórico-práticas</p> <p>Na formação teórico-prática proceder-se-á à análise e discussão das metodologias aplicadas por cada formando e à avaliação dos resultados das mesmas.</p>	<p>Avaliação dos formandos</p> <p>Para além do cumprimento das disposições legais, a avaliação dos formandos será formalizada numa escala de 1 a 10, de acordo com o ECD, Regime Jurídico da Formação Contínua, tendo em conta os seguintes aspetos:</p> <p>Participação nas sessões presenciais; Execução de atividades no decorrer da formação;</p> <p>Trabalho prático e reflexão final produzidos pelos formandos, tendo em conta as normas anteriormente estabelecidas.</p> <p>Certificação:</p> <p>Participação</p> <p>Assiduidade (entende-se como assiduidade mínima a assistência a 2/3 do número de horas das ações);</p>

<p>Trabalho Autónomo: 25 horas</p> <p>Leitura e interpretação de textos e documentos legais acerca dos assuntos tratados na ação;</p> <p>Criação de instrumentos de recolha de informação para a caracterização das situações educativas dos alunos;</p> <p>Elaboração de baterias pedagógicas favorecedoras de práticas de diferenciação pedagógica e de inclusão.</p> <p>Será solicitado aos docentes que construam um portfólio, individualmente, ou em pequeno grupo, do qual conste a descrição e reflexão sobre as experiências vividas nas suas práticas letivas e o projeto de intervenção educativo (Plano de Desenvolvimento) concebido para o aluno com PHDA.</p>	<p>Pontualidade</p> <p>Execução das atividades nas sessões – (25%);</p> <p>Investigação, Produção de Trabalhos e/ou Materiais, Aplicação (60%);</p> <p>Reflexão, Memória Final, Trabalho, Texto Final, Relatório de Implementação, Prova de Conhecimentos: qualidade evidenciada (grau de clareza, postura crítica, grau de profundidade, rigor científico, pertinência, expressão escrita) (15%).</p> <p>A classificação resultará da média ponderada das classificações atribuídas.</p> <p>Avaliação da ação</p> <p>A avaliação será feita através da aplicação de um inquérito por questionário, onde os participantes se pronunciarão sobre a forma como decorreu a formação, a sua pertinência, as dificuldades que ainda sentem acerca da temática e onde poderão dar sugestões para novas ações.</p>
---	--

Fonte: Elaboração Própria

Este programa de formação tornar-se-ia uma mais valia, pois dotaria os docentes com mais conhecimentos sobre esta temática que, futuramente, poderiam compreender e ajudar mais os seus alunos, ao desenvolverem, simultaneamente, as suas áreas deficitárias, uma vez que contribuiria para o crescimento da sua socialização, da capacidade de interagir com os seus colegas, da sua autoestima e autoconfiança e, em contexto de sala de aula, aquando da lecionação de conteúdos.

É extremamente importante ajustar a formação de base, e dotar os professores de conhecimentos suficientes, não só em relação a esta problemática, como em tantas outras que afetam muitas crianças. É necessário pensar nos casos mais difíceis do nosso quotidiano e refletir sobre o que se pode fazer em prol do sucesso destas crianças. Só assim podemos praticar a inclusão, conscientes de que estamos a dar o nosso melhor e que procuramos fazer cada vez mais e melhor dentro das possibilidades existentes.

CONCLUSÃO

Ao finalizarmos esta dissertação, importa refletir e analisar até que ponto os objetivos por nós levantados e operacionalizados a partir de determinados pressupostos teóricos, encontram resposta e indicam alguma orientação para a metodização de conhecimentos e procedimentos na área que nos move, mais concretamente na perceção, atitudes, impacto e práticas em contexto escolar dos docentes relativamente à PHDA.

Phelan (2005) refere que atualmente se diz que existem muitos mais casos de PHDA interrogando-se sobre o motivo para que tal aconteça. Acrescenta que em sua opinião a perturbação sempre esteve presente, contudo nos dias de hoje é mais diagnosticada devido a uma maior consciencialização do problema.

De facto mais crianças são diagnosticadas e tratadas e os próprios professores também estão mais atentos porque estão mais preparados, com conhecimentos fundamentados sobre este problema que afeta tantas crianças, famílias e professores.

Assim sendo, propomos que nas metas e linhas orientadoras do projeto educativo e planos de atividades de turma, estes alunos devam ser contemplados, quer pelos serviços de orientação psicológica, quer pela equipa de educação especial, incluindo apoios educativos e envolvimento parental.

A PHDA é um dos mais prevalentes e estudados distúrbios comportamentais, com validade clínica, que afetam as crianças na sua realização académica e no relacionamento com os seus pares e professores, Barkley (1995). A atestar esta realidade está a quantidade, cada vez maior, de investigações feitas na área, principalmente no estrangeiro, e cada vez mais em território nacional. Estas trazem novos entendimentos nas suas diferentes vertentes e apenas com elas, estaremos no caminho certo ao nível da intervenção e da promoção do seu sucesso como veículo de uma plena aceitação destas crianças na sociedade.

Neste sentido é fundamental que as crianças com PHDA sejam sinalizadas e diagnosticadas o mais atempadamente possível, de modo a se poder garantir um desenvolvimento equilibrado e uma intervenção adequada.

No caso de se confirmar, a existência de alterações funcionais de carácter permanente, inerentes à perturbação e caso os alunos apresentem limitações significativas ao nível da atividade e participação, nomeadamente na aprendizagem, os alunos

enquadram-se no público-alvo do Decreto-lei n.º 3 de 2008; os alunos que necessitem de outro tipo de apoios educativos e/ou psicológicos devem os órgãos de gestão e supervisão pedagógica atribuir os apoios necessários, visto que têm mecanismos e alguma autonomia para agir neste âmbito. Deve ainda intervir-se junto de todos os alunos com ou sem necessidades educativas especiais, de modo a obterem o máximo sucesso.

A literatura revela que as perceções que os professores têm influenciam de modo direto a promoção do sucesso escolar das crianças com PHDA. Para Barkley (1998) a peça chave do sucesso educativo das crianças com esta problemática são os seus professores, que com elas interagem no quotidiano educativo, podendo ajudar numa intervenção mais efetiva e consistente.

A necessidade de um maior investimento na formação de professores sobre o tema é uma das conclusões a retirar deste estudo. Alguns autores quando estudaram as perceções dos professores acerca das barreiras à intervenção e à sua autoeficácia em lidar com crianças com PHDA, baseada na sua experiência ou formação anterior, chegaram à conclusão de que os professores com contacto prévio com esta perturbação eram mais confiantes. Mais uma vez, quanto mais cedo for proporcionada a formação e informação correta sobre esta perturbação, maiores as probabilidades de o aluno conseguir ultrapassar as suas limitações e atingir o tão ambicionado sucesso educativo.

A hiperatividade com défice de atenção é um problema do foro neurológico Parker (2003) ao qual não se tem prestado a devida atenção, é tratável mas não é curável Barkley (1998), no entanto, não deve ser limitadora de sucesso. Este distúrbio pode ser influenciado por fatores ambientais, sociais, biológicos e genéticos e persistir pela vida adulta (Lopes, 2003). É extremamente complexo pelo que não pode ser visto isoladamente, mas sim, de forma abrangente, implicando muitas variáveis a considerar, desde a história de vida do aluno; às causas, consequências e significado dos comportamentos perturbadores; às interações que desenvolve e aos diferentes contextos em que está inserido.

A escola, por sua vez, será responsável pela disponibilização dos meios que respondam aos problemas com que o aluno se depara contínua e diariamente. Segundo Selikowitz (2010) a escola deve apresentar regras claras que as crianças com PHDA consigam entender e deve ter, no seu corpo docente, professores de apoio que lhes possam dar ajuda suplementar na turma.

A intervenção adequada, visa melhorar o rendimento escolar, a aquisição de competências emocionais, sociais e mecanismos compensatórios pode influenciar o prognóstico de forma positiva. Esta intervenção deve permitir ao aluno com PHDA conseguir tirar o máximo partido das suas características e competências, levando-o a realizar todo o seu potencial. Como agentes de educação, não podemos, nem devemos limitar o aluno, mas sim proporcionar-lhe todos os instrumentos necessários para uma melhor aprendizagem. Foi neste sentido que se desenvolveu este trabalho, com o objetivo principal de aferir quais as estratégias de intervenção dos professores que facilitavam a inclusão e contribuía para o sucesso escolar de um aluno com PHDA.

Da análise dos resultados poderemos inferir que os objetivos propostos para esta dissertação foram atingidos e ao longo do nosso trabalho já fomos apresentando e analisando de forma muito pormenorizada os dados e discutindo os resultados que apurámos. O nosso estudo decorreu com normalidade e contou com a ajuda de alguns profissionais. Contudo, tal como acontece em todas as investigações, e a nossa não se mostrou uma exceção, fomos encontrando algumas limitações, que de certa forma fomos conseguindo contornar. A principal limitação foi conseguir sensibilizar os professores para o preenchimento do questionário. Alguns professores não se encontram muito motivados para colaborar nestas investigações, o que faz com que se demore muito mais tempo, até se conseguir uma amostra representativa.

Parece-nos evidente que toda a comunidade educativa, isto é, pais, professores, assistentes operacionais carecem de ações de formação específicas para que possam atender adequadamente as crianças com PHDA. Só assim, haverá uma maior probabilidade de estas crianças conseguirem ultrapassar as suas limitações e alcançarem o sucesso educativo. Contudo, o professor necessita refletir sobre as suas práticas pedagógicas, tomar consciência das suas limitações e procurar o conhecimento necessário para desempenhar a sua função da melhor forma.

Neste sentido, torna-se indispensável equacionar o papel do professor neste cenário, dado que é ele, um dos atores principais do mesmo e por essa via terá de gerir todas as situações que vierem a ocorrer dentro de sala de aula com estas crianças. Mais ainda, na presença de evidências que provam a existência de relação entre o conhecimento que o professor tem sobre a PHDA e a atitude que manifesta face às crianças com esta perturbação.

Todos os fatores apontados anteriormente estão diretamente relacionados com a forma como o professor aborda a sua intervenção pedagógica, e é neste sentido que o seu papel deve ser equacionado, tendo em conta o seu conhecimento sobre a PHDA, a sua atitude face à perturbação e a sua abordagem à criança com PHDA para, deste modo, responder à necessidade de intervenção junto destas crianças.

Para além da constatação de uma realidade, que é atual, complexa e problemática, este estudo possibilitou-nos enquadrar a PHDA sobre o ponto de vista do professor e da sala de aula, pois é aí onde parte daquilo que será o futuro destas crianças começa, quer seja para “o bem ou para o mal”. E é aí, que a intervenção deve chegar, sobretudo na modificação de estratégias ao nível académico, uma vez que a obtenção de um bom desempenho escolar é promissor da diminuição dos fatores negativos associados à PHDA. A criança com PHDA sentindo que é capaz aumenta a autoestima, melhora o relacionamento social, a capacidade de atenção, e os episódios ligados à impulsividade diminuem (Lopes, 2004).

Segundo Sosin e Sosin (2006) com um diagnóstico e um tratamento adequado, muitos dos problemas como a retenção escolar e posterior abandono dos estudos, depressão, distúrbios de comportamento, problemas relacionais e vocacionais, fracas competências sociais, bem como a entrada na marginalidade ou delinquência, abuso de drogas, podem ser adequadamente tratados ou, até mesmo, evitados se a intervenção for executada o mais precocemente possível. Não podemos pensar nas crianças como grupos homogêneos, mas atender à personalidade, potencialidades e limitações individuais.

A PHDA apresenta-se como um promissor objeto de estudo, devendo futuras investigações perseguir uma maior precisão na definição das dimensões que caracterizam esta perturbação.

Recomendações para futuras investigações

Sugerimos para futuras investigações nesta área, e mais especificamente neste tema:

- O estudo se estenda a outros níveis de ensino, acerca da formação recebida ao longo da carreira profissional.
- Um estudo com alunos hiperativos, onde se aferisse o tipo de hiperatividade (Tipo misto, Tipo predominantemente desatento, Tipo hiperativo-impulsivo) e principais comportamentos dos diferentes tipos.
- Estimular o trabalho de equipa com todos os intervenientes no processo educativo, envolvendo as famílias, pois é fundamental no sentido de ajustar estratégias e de melhorar a intervenção com crianças com PHDA.

Para nós, este estudo constitui-se como mais um avanço nesta área e foi sem dúvida bastante gratificante a sua realização, na medida em que se considera que este poderá contribuir para um melhor entendimento da natureza dos comportamentos associados a esta perturbação e, assim, planear uma intervenção mais ajustada junto das crianças e adolescentes que sofrem com a PHDA, pois estas crianças têm direito a sonhar como todas as outras:

“Queremos ter uma profissão, conseguir um emprego, ter uma família, uma casa, ser membros activos da sociedade e ser felizes como toda a gente.”

(Jovem anónimo, como citado em Soriano, 2006, p. 19).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação: Um guia prático e crítico*. Lisboa: Edições Asa.

Ainscow, M. (1996). *Necessidades Especiais na Sala de Aula: Um guia para a formação de professores*. Paris: Edições Unesco.

Alfano, A., Coutinho, G., & Vianna, R. (2008). *Transtorno do déficite de atenção e hiperatividade: quadro clínico, neuropsicologia e tratamento psicoterápico*. In A. Sennyey, F. Capovilla, & J. Montiel, *Transtornos de aprendizagem da avaliação à reabilitação* (pp. 95-113). São Paulo: Artes Médicas.

Almeida, & Freire. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação*. Braga: Psiquilibrios.

Almeida, L. e Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 4ª. Edição, Psiquilibrios. Braga.

Almeida, J. F., & Pinto, J. M. (1986). *Da Teoria à Investigação Empírica. Problemas Metodológicos Gerais*. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 55-78). Porto: Edições Afrontamento.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2002) *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ªed. Texto revisto CLIMEPSI Editores.

American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association (6th Ed.)*. Washington, DC:APA.

Antunes, N. (2009). *Mal – entendidos*. Lisboa: Verso da Kapa

Antunes, N. L. (2011). *Mal-entendidos: da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do sono. As respostas que procura*. 5ª. edição, Verso de Kapa. Lisboa.

APA. (2013). *DSM-5, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ªEd.)*. Porto Alegre: Artmed.

Baptista, J. (2011). *Introdução às Ciências da Educação. Tema e problemas da educação inclusiva*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Baptista, M. (2010). *Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º Ciclo*. Tese não publicada apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.

Barkley, R. A. (1990). A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: *Clinical and research implications*. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 343-352.

Barkley, R. (1995). *TDAH: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Barkley, A. R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2002). *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guildford Press.

Barkley, R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. & Benton, K. (2010). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook*. New York : The Guilford Press.

Barkley, R. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade: Manual para diagnóstico e tratamento. 3ª Edição*. Porto Alegre: Artmed.

Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Benczik, E. (2000). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - Atualização Diagnóstica e Terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

Benczik, E.B.P e Bromberg, M.C(2003). *Intervenções na Escola*. in Rohde, L. A.; Mattos, Paulo & col, (2003). *Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.

Bekle, B. (2004). *Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education student*. Journal of Attention Disorders , 7 (3) , 151-161.

Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Moore, P. & Lelon, E. (1990). *Child Behavior Checklist finding further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample*. 734-742. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Boavida, J., & Armando, J. (2006). *Ciências da educação- epistemologia, identidade e perspectivas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Boavida, J. (2006). *Hiperatividade ou “má educação”*. Revista Saúde Infantil, 28 (2). 3-5.

Boavida, J., & Cordinhã, A. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revisões - Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 577-589.

Bréjard, V., & Bonnet, A. (2008). *A hiperactividade na criança*. Lisboa: Climepsi editores.

Calado, E. (2007). *Hiperactividade e défice de atenção: Comorbilidades e tratamento não estimulante*. Postgraduate Medicine- Edição Portuguesa , 21-24.

Calafate, L. C. (1989). *Biologia e Educação-Biologia e Comportamento em Jean Piaget: O ambiente social e o desenvolvimento dos comportamentos aprendidos*. Revista Inovação. 4:454-466.

Carvalho, O., & Luís, P. (2000). *A Escola Inclusiva. Da utopia à realidade*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.

Carvalho, O. A., & Peixoto, L. M. (2000). *A Escola Inclusiva - Da utopia à realidade*. Braga: APPACDM.

Catarino, M. (2010). *Conhecimentos, percepções e práticas dos professores de Ensino Básico face à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Tese de Mestrado não publicada apresentada à Universidade da Beira Interior com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Covilhã.

César, M. (2003). A Escola Inclusiva enquanto espaço-tempo de diálogo de Todos e para Todos. In D. Rodrigues, *Perspectivas sobre a inclusão: da educação à sociedade* (pp. 120-146). Porto: Porto Editora.

Chaves, E. (1999). *Hiperactividade e Dificuldades de Aprendizagem: Análise e técnica de recuperação*. Vila Real: Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro.

Cordinhã, A.C e Boavida, J. (2008). *A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção*. Revista Portuguesa Clinica Geral.24:577-58.

Correia, L. & Cabral, M. (1999). *Da exclusão à segregação*. In Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares. (pp.13-15). Porto: Porto Editora.

Correia, L. M. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. (2003) *Educação Especial e Inclusão: Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. (2006). Dez anos de Salamanca, Portugal e os alunos com necessidades educativas especiais. In D. Rodrigues, *Inclusão e Educação: Doze olhares sobre a educação inclusiva* (pp. 240-272). São Paulo: Summus Editorial.

Correia, L. M. (2008). *A Escola Contemporânea e a inclusão de alunos com NEE- Considerações para uma educação com sucesso*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. (2010). *Educação Especial e Inclusão*. (2ª ed). Porto: Porto Editora.

Costa, P.; Heleno, S., & Pinhal, C. (2010). *Juntos no Desafio – um guia para a promoção de competências parentais*. Leiria: Textiverso.

Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (2009). *Investigação-acção: metodologia preferencial nas práticas educativas*. Revista Psicologia, Educação e Cultura, 13:2 , pp. 355- 379.

Cruz, E. B. (2008). *Procedimentos de avaliação e intervenção em crianças com défice de atenção com hiperatividade*. Vila Real: UTAD.

Costa, P.; Heleno, S., & Pinhal, C. (2010). *Juntos no Desafio – um guia para a promoção de competências parentais*. Leiria: Textiverso.

Day, C. (2001). *Desenvolvimento Profissional de Professores. Os desafios da aprendizagem permanente*. Porto: Porto Editora.

Delors, J., Al-Mufti, I., Amagi, I. C., Chung, F., Geremek, B., Gorham, W., et al. (2001). *Educação um Tesouro a Descobrir - Relatório para a UNESCO da Comissão Internacuional sobre Educação para o Séc. XXI*. Porto: Edições ASA.

Dias, M. (2009). *O Vocabulário do Desenho de Investigação: A lógica do processo em ciências sociais*. Viseu: Psicosoma.

Dias, M. O. (2010). *Planos de Investigação: Avançando passo a passo*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda.

Du Paul, G.J & Stoner. (2007). *TDHA nas Escolas e Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books.

Falardeau, G. (1997). *As crianças hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.

Falé, R. M. (janeiro de 2007). Crianças especiais, atenção especial. *Medicina & Saúde*, pp. 12-15.

Fernandes, A. (2001). *Perturbação de hiperactividade com défice de atenção*. Acta Pediátrica Portuguesa, 32, 91-98.

Fernandes, E.V. (2007). *Perturbação de Défice de Atenção e Hiperactividade no Âmbito Escolar*. Tese não publicada apresentada à Universidade de Aveiro.

Fernandes, H. S. (2002). *Educação Especial - Integração das crianças e adaptação das estruturas de educação*. Braga: APPACDM.

Ferreira, M. (2007). *Educação Regular, Educação Especial. Uma história de separação*. Porto: Edições Afrontamento.

Filipe, M.D (2011). *Práticas/Estratégias Educativas na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Tese de Mestrado não publicada apresentada à Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.

Fonseca, A., Simões, M., & Rebelo, J. (1998). *A Hiperactividade da criança vista pelos adultos: Dados de um estudo exploratório*. *Psychologica*, 19, 209-221.

Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC. Apostila.

Foy, M. (2005). *Teacher's Beliefs About ADHD- A Multiple Case Hermeneutic analysis*. Canadá: Simon Fraser University

Freixo, M. (2010). *Metodologia Científica Fundamentos Métodos e Técnicas*. 2ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

Garcia, I. M. (2001). *Hiperatividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Amadora: McGraw - Hill de Portugal, Lda.

Ghanizadeh, A., Bahredar, M., & Moeini, S. (2006). Knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among elementary school teachers. *Patient Education Counseling*, 1-5.

Gomes, M., Palmini, A., Barbirato, F., Rohde, L.A. & Mattos, P. (2007). *Conhecimento sobre o transtorno do deficit de atenção/ hiperatividade no Brasil*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.

Gomes, A. e Ambrósio, A. (2008). *Estratégias para a PHDA em Contexto Escolar*. *Diversidades*, 21: 29-32.

Gomes, J. (2010). *O Professor e a Hiperatividade na Sala de Aula*. Tese não publicada apresentada à Escola João de Deus.

Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições sílabo.

Jorge, M. (2007). *A Organização Narrativa em crianças com DHDA: Estudo exploratório sobre o impacto da medicação psico-estimulante na matriz narrativa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Jiménez, R. (1997). Uma escola para todos: a integração escolar. In R. Bautista, *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 37-48). Lisboa: Dinalivro.

Júlio, A. R. (2009). *Representações acerca da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Tese de Mestrado não publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Kauffman, J., & João, L. (2007). *Pode a Educação Especial deixar de ser especial?* Braga: Psiquilibrios Edições.

Kleynhans, S. (2005). *Primary School teacher's Knowledge and Misperceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. South Africa: University of Stellenbosch.

Kos, Julie M., Richdale, Amanda L. and Hay, David A. (2006). *Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Their Teachers: A review of the literature*, International Journal of Disability, Development and Education, 53:2,147-160.

Lopes, J. (1996). *Dificuldades de Relacionamento com Grupo de Pares, Necessidades Educativas Especiais e Inclusão Educativa*. Livro de Actas do II Congresso Galaico – Português de Psicopedagogia, Vol. I, Universidade do Minho.

Lopes, M. C. (1997). *A Educação Especial em Portugal*. Braga: Edições APPACDM distrital de Braga.

Lopes, J. (1999). *Distúrbio hiperativo de défice de Atenção em contexto de sala de aula. A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e da adolescência*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Lopes, J. (2003). *A hiperactividade*. Coimbra: Quarteto Editora

Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.

Lorent, A. P., & Encío, C. A. (2000). *Cómo vivir com um nin /a hiperactivo-comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. Narcea: S.A. de Ediciones.

Lourenço, M. I. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em contexto Escolar: estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclo do ensino Básico*. Tese não publicada apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.

Madureira, N., Lopes, A., Paúl, A., & Boavida, J. (Setembro de 2007). A perturbação de hiperactividade e défice de atenção. *Saúde Infantil* , pp. 7-15.

Maia, C. (2008). *Perturbação de hiperactividade com Défice de Atenção. Um guia para professores*. Amarante: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Hospital de São Gonçalo.

Malaca, I. (2008). *Hiperatividade com Défice de Atenção: Que soluções? Proposta de construção de um programa de formação de pais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, pp. 8-12.

Marconi, M., & Lakatos, E. (2005). *Fundamentos de metodologia científica*, (6ª Ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.

Mattos P et al. (2005). *Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno do deficit de atenção/hiperactividade (TDAH) em adultos*. Revista de Psiquiatria RS, 28:50-60.

Monteiro, A. (2011). *Hiperactividade e Estratégias de Intervenção: Aplicação de Estratégias de Intervenção por Docentes do 1º CEB*. Tese de Mestrado não publicada, apresentada à Escola Superior de Educação Almeida Garrett com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.

Moreira, L. (2009). *Alterações de comportamento na perturbação bipolar e na perturbação de hiperactividade e défice de atenção: Contributo para o diagnóstico diferencial*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Moroco, J. (2007). *Análise estatística, com utilização do SPSS (2ªed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Moura, O. (Jul-Set de 2008). Avaliação Psicológica de Crianças Hiperactivas com Déficit de Atenção. *Revista Diversidades: à velocidade da luz*, 21 (6) , pp. 4-9.

Neto, M. R. (2010). *TDAH. Transtorno de déficit de atenção/hiperactividade ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed.

Neto, A. (2014). *Hiperatividade e Déficit de Atenção*. Lisboa: Verso da Kapa

Nielsen, L.B. (1997). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula- Um guia para professores*. Colecção Educação Especial, nº. 3, Porto Editora. Porto.

Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula-Um guia para professores*. Porto Editora.

Nogueira, A., & Lopes, J. (1998). *Distúrbio Hiperactivo de Déficit de Atenção: Natureza e Intervenção*. In J. Lopes, *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação* (pp. 11-31). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Norvilitis J., & Fang P. (2000). *Escola Inclusiva e apoios educativos*. Porto: Edições ASA.

Nóvoa, A. (1997). Formação de professores e profissão docente. In A. Nóvoa, *Os professores e a sua formação* (pp. 37-50). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Nóvoa, A., Huberman, M., Goodson, I. F., Holly, M. L., Moita, M. C., Gonçalves, J. A., et al. (1989). *Vida de Professores*. Porto: Porto Editora.

Pacheco, J. A. (1995). *Formação de Professores: Teoria e Praxis*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho.

Parker, H. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade-Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Parker, H. C. (2011). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade – Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Phelan, T. (2005). *TDA/THDA- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.

Pinho, A., Mendes, L. e Pereira, M. (2007). *Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção - Um problema negligenciado*. Universidade Lusíada.

Polaino-Loreto, A., & Encío, C. (2002). *Cómo vivir con niño hiperactivo: Comportamiento, Diagnóstico, Tratamiento, Ayuda Familiar Y Escolar*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

Polis, B. (2008). *Só o amor o pode salvar. A vida de um rapaz que cresceu e vive com hiperatividade*. Lisboa: Kapa Livros.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Quivy, R., & Campenhout, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ramalho, J. (2009). *Psicologia e Psicopatologia da Atenção*. Braga: Edições APPACDM

Rebelo, J. (1997). Como ajudar alunos com hiperactividade nas escolas. *Psychologica 19*, 165-198.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Coimbra: Climepsi Editores.

Ribeiro, M. D. (2008). *Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar - Estudo exploratório das percepções dos professores do 1º ciclo*. Tese de Mestrado não publicada, apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Lisboa.

Rief, S., & Heimburge, J. (2000). *Como Ensinar Todos os Alunos na Sala de Aula Inclusiva*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, A., & Esteves, M. (1993). *A Análise de necessidades na formação de professores*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, D. (2003). *Perspectivas sobre a inclusão: Da Educação à sociedade*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, A. (Jul-Set de 2008). Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Revista Diversidade: Á velocidade da luz*, 21 (6), pp. 9-18.

Rohde, L. A.; Mattos, Paulo & Cols. (2003). *Princípios e Práticas em TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed

Rudio, F. V. (1983). *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Vozes.

Sanches, I. (1995). A formação dos professores de educação especial em Portugal. In I. Sanches, *Professores da Educação Especial: da formação às práticas educativas* (pp. 47-72). Porto: Porto Editora.

Sanches, I., & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, pp. 63-83.

Sanz, M., & Madrid, G. (2002). *Psiquiatria para padres y educadores ciencia y arte*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

Sauvé, C. (2006). *Domesticar a hiperatividade e o défice de atenção*. Lisboa: Climepsi editores.

Scandar, R. (2007). *Inquietos, distraídos, diferentes? Orientação e conselhos para pais, educadores e professores de crianças com défice de atenção e hiperactividade*. Coleção Educadores. Buenos Aires: Editora EDIBA.

Sciutto, M. J., Terjesen M.D. & Frank, A.S.B. (2000). *Teachers Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder*. *Psychology in the Schools*, Vol. 37 (2).

Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperatividade*. Texto Editores.

Sennyey, A. L., Capovilla, F. C., & Montiel, J. (2008). *Transtornos de aprendizagem-da avaliação à reabilitação*. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda.

Serrano, J. & Correia, L. (2005). *Percursos e Práticas para uma Escola Inclusiva*. Tese de doutoramento em Estudos da Criança.

Sergeant, J. A. (1988). *From DSM-III attentional deficit disorder to functional defects*. In L. Bloomington & Sergeant, J. (Eds.), *Attention deficit disorder: Criteria, cognition, and intervention* (pp. 151-166). New York: Pergamon Press.

Serra, H. (2008). *Estudos em Necessidades Educativas Especiais - Domínio cognitivo*. Porto: Edições Gailivro.

Shelton, T., & Barkley, R. A. (1995). Assessment and treatment of ADHD in children. In M. C. Roberts, *Handbook of pediatric psychology*. New York: Guilford.

Silva, M. (2009). Da Exclusão à Inclusão: Concepções e Práticas. *Revista Lusófona de Educação*, pp. 135-153.

Sosin, D., & Myra, S. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.

Sousa, A. B. (2005). *Investigação em Educação*. 1ª. Edição, Livros Horizonte. Lisboa.

Stainback, S. (1999). *Inclusão - Um Guia para Educadores*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Taylor, E. (2007). *People with hyperactivity: Understanding and managing their problems*. London: Mac Keith Press.

Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação: Como Conceber e Realizar o Processo de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (Tradução de Rodrigues - Lopes, 2000).

Tuckman, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

UNESCO. (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção-Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade*. Espanha: Salamanca.

Vásquez, I. (1997). Hiperactividade: Avaliação e Tratamento. In R. Bautista, *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 159-184). Lisboa: Dinalivro.

Veiga, L., Dias, H., Lopes, A., & Natália, S. (2000). *Crianças com Necessidades Educativas Especiais. Ideias sobre conceitos de ciência*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

Wilkinson, L., & Lagendijk, M. (2007). ADHD in the classroom: Symptoms and treatment. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove, & M. Gill, *Handbook of Attention Hyperactivity Disorder* (pp. 395-413). West Sussex: John Wiley & Sons.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 115-A/98, de 4 de Maio

Decreto-Lei n.º 35/90, de 25 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 286/89, de 29 de Agosto

Decreto-Lei n.º 538/79, de 31 de Dezembro

Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de Janeiro

Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro (LBSE)

Anexos

ANEXO I- Instrumento de recolha

Questionário sobre Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA)

O presente questionário destina-se aos Professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico e insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Educação Especial, domínio cognitivo e motor, do Instituto Superior de Educação e Ciências, Campus Lumiar – Lisboa e tem por objetivo conhecer as perceções dos professores sobre os comportamentos perturbadores de crianças com PHDA, bem como a sua intervenção.

Pedimos a sua colaboração, lembrando-lhe que as suas respostas serão totalmente confidenciais e acrescentando que a sua opinião é de extrema importância.

Permitimo-nos lembrar que não há boas nem más respostas, mas apenas respostas.

Obrigada pelo tempo e atenção dispensados.

Formação Académica:

(a sua resposta)

Género:

☐ Feminino

☐ Masculino

Experiência profissional em anos:

(a sua resposta)

Nível Académico:

(a sua resposta)

Idade:

(a sua resposta)

Localidade:

- ☐ Vila
- ☐ Aldeia
- ☐ Cidade

Situação profissional:

(a sua resposta)

Ano (s) escolar (es) que lecciona:

(a sua resposta)

Grau de informação sobre a PHDA:

- ☐ Nada informado
- ☐ Pouco informado
- ☐ Informado
- ☐ Muito informado
- ☐ Totalmente informado

1 – Das características que se seguem, indique o grau de importância da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção na vida escolar das crianças:

1 - Nada Importante 2 – Pouco importante 3 – Importante 4 – Muito importante 5 – Totalmente

importante

Não presta atenção
suficiente aos pormenores
ou comete erros por descuido
nas tarefas escolares ou lúdicas

☐☐☐☐☐

Tem dificuldade em manter
a atenção nas tarefas e
atividades

☐☐☐☐☐

Parece não ouvir quando
se
lhe dirige a palavra

☐☐☐☐☐

Não segue as instruções e
não termina o trabalho ou
tarefas escolares

☐☐☐☐☐

Tem dificuldade em
organizar atividades
e tarefas

☐☐☐☐☐

Expressa relutância em
envolver-se em tarefas e
atividades que requerem
um esforço mental mantido

☐☐☐☐☐

Perde objetos necessários
às tarefas e atividades
escolares

☐
☐
☐
☐
☐

Distrai-se facilmente com
estímulos irrelevantes

☐
☐
☐
☐
☐

Esquece-se das atividades
quotidianas

☐
☐
☐
☐
☐

Movimenta excessivamente
as mãos e os pés, move-se
quando está sentado

☐
☐
☐
☐
☐

Levanta-se na sala de aula
ou noutras situações em
que tal é inadequado

☐
☐
☐
☐
☐

Tem dificuldade em jogar
ou dedicar-se tranquilamente
a atividades de lazer

☐
☐
☐
☐
☐

Anda ou atua como se
estivesse “ligado a um
motor”

☐
☐
☐
☐
☐

Fala excessivamente

☐
☐
☐
☐
☐

Precipita as respostas

antes que as perguntas

tenham acabado

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Tem dificuldade em esperar

a sua vez

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Interrompe ou interfere nas

atividades dos outros

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2 – Classifique quanto à prevalência, a PHDA é:

☐ Mais comum nos rapazes do que nas raparigas

☐ Mais comum nas raparigas do que nos rapazes

☐ Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes

3 – Indique a importância que atribui às seguintes causas da PHDA:

1 - Nada Importante 2 – Pouco importante 3 – Importante 4 – Muito importante 5 – Totalmente importante

Fatores ambientais (abuso
de álcool ou droga durante
a gravidez)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Excesso de TV e Play-Station

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Falta de vitaminas

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Alergias alimentares ou outras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores energéticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estilos parentais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores biológicos (prematuridade, baixo peso À nascença, gravidez de risco)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 – A PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

☐ Sim

☐ Não

5 – Indique que importância atribui ao diagnóstico da PHDA realizada pelos profissionais que se seguem:

1 - Nada Importante 2 – Pouco importante 3 – Importante 4 – Muito importante 5 – Totalmente importante

Professor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professor Educação Especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 – Na sua opinião, podem existir outros problemas associados à PHDA?

☐ Sim

☐ Não

7 – Se respondeu sim na questão anterior, indique aqueles que provocam maior desadaptação:

1 - Nada Importante 2 – Pouco importante 3 – Importante 4 – Muito importante 5 – Totalmente importante

Dificuldade na relação
com os pares

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Pouca persistência e baixa
motivação

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Comportamentos de
agressividade e oposição

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Não aceitar e respeitar as
regras

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Dificuldades de
aprendizagem

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Baixa auto-estima

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Comportamentos de
risco

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

8 – Que importância atribui às formas de intervenção que se seguem, tendo em consideração os benefícios para a criança com PHDA?

1 - Nada Importante 2 – Pouco importante 3 – Importante 4 – Muito importante 5 – Totalmente importante

Medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colaboração pais-escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio escolar/académico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9 – Na sua opinião, quando um () professor tem uma criança com PHDA na sala de aula, deve:

1 – Discordo 2 – Discordo totalmente 3 – Não concordo nem discordo 4 – Concordo 5 – Concordo totalmente

Encaminhar para um técnico especializado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manter um contacto mais frequente com a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Adaptar o contexto físico
da sala de aula

☐☐☐☐☐

Encaminhar para o apoio
educativo

☐☐☐☐☐

Encontrar um ambiente
mais adequado à criança
fora da sala de aula/escola

☐☐☐☐☐

Adaptar a forma como apresenta
os conteúdos na sala de aula

☐☐☐☐☐

Ser persistente e coerente
na introdução de adaptações
e estratégias

☐☐☐☐☐

Adaptar materiais e
processos de avaliação

☐☐☐☐☐

10 – A seguir, está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Exprima a sua opinião sobre a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças:

1 – Nada frequente 2 – Pouco frequente 3 – Frequente 4 – Muito frequente 5 - Sempre

Recompensas sociais

(atenção, louvores,

Afetos...)

☐☐☐☐☐

Recompensas materiais

(comestíveis e não

Comestíveis)

☐☐☐☐☐

Ignorar pequenos

comportamentos

inadequados

(remexer-se...)

☐☐☐☐☐

Time-out (tempo de

afastamento da

classe)

☐☐☐☐☐

Organização da sala de
aula (evitar fontes de
estimulação que não seja
o próprio material de
aprendizagem, sentar a
criança perto do professor)

☐☐☐☐☐

Tarefas curtas, bem
definidas e bem
Sequencializadas

☐☐☐☐☐

Sugerir à criança que relate
o que está a fazer

☐☐☐☐☐

Supervisão frequente do
trabalho

☐☐☐☐☐

Biofeedback: dar ao aluno
informação suficiente
quanto ao trabalho que faz

☐☐☐☐☐

Organizar uma folha de

registo para anotar

os progressos do aluno

☐☐☐☐☐

Preparar um “canto” da sala

onde a criança possa isolar-se

dos outros, caso seja necessário

☐☐☐☐☐

Regras da sala identificadas

e afixadas na sala

☐☐☐☐☐

Repreensões para

comportamentos

impróprios (exemplo: pôr

o nome da criança no quadro)

☐☐☐☐☐

Relatório semanal com

objetivos específicos do

comportamento e feedback

como os objetivos foram

alcançados

☐☐☐☐☐

Encaminhar o aluno para a

Direção Executiva

☐☐☐☐☐

Regulamento disciplinar da Escola

(exemplo: normas de
conduta, procedimentos
disciplinares)

☐☐☐☐☐

Colocar lembretes na mão

do aluno (Exemplo:

“permanecer sentado”,

escrito num cartão

colocado na mesa

do aluno)

☐☐☐☐☐

Informar o Encarregado

de Educação acerca

do mau comportamento

do aluno

☐☐☐☐☐

Dar conhecimento ao diretor de

turma acerca do mau

comportamento do

aluno

☐☐☐☐☐

Ameaçar o aluno

(exemplo: se não

começares a portar-te

☐☐☐☐☐

bem, saís da sala”)

Anotar o mau comportamento

do aluno e considerar para

avaliação do mesmo esse

comportamento



ANEXO II- Autorização da Autora Maria Isabel Lourenço para a utilização do questionário

No dia 19 de outubro de 2015 às 19:00, Daniela Lopes <danielalopes_86@hotmail.com> escreveu:

Boa tarde Dr.^a Maria Isabel Salvador Rico Lourenço

O meu nome é Daniela Lopes, sou aluna do Instituto Superior de Educação e Ciências - Campus Lumiar, Lisboa, do Mestrado de Necessidades educativas especiais - especialização em Educação Especial domínio cognitivo e motor. Terminei a parte curricular e durante este ano tenho que realizar a dissertação para concluir o Mestrado.

Pedi autorização à Doutora Maria Isabel para aplicar o seu questionário o questionário sobre perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) em contexto escolar.

Apesar de me ter dado autorização para o aplicar, fiz uma pequena alteração de escalas e não da parte substantiva do instrumento. Venho solicitar a sua autorização para que o possa usar com estas pequenas alterações, enviando-o em anexo.

Para qualquer esclarecimento, deixo o meu e-mail e contacto pessoal: 966152927.

Com os melhores cumprimentos e estima pessoal

Daniela Lopes

De: Maria Isabel Salvador Rico Lourenco (isabellourenco@ruyluisgomes.org)

Enviada: terça-feira, 27 de outubro de 2015 22:32:33

Para: Daniela Lopes (danielalopes_86@hotmail.com)

Boa noite Daniela

informo que informo que dou autorização para usar o questionário elaborado por mim sobre perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) em contexto escolar e também que pode utilizar o mesmo, com as pequenas alterações que fez no mesmo.

Isabel Lourenço

ANEXO III- Carta dirigida aos agrupamentos

Exmo. Sr. Presidente do Agrupamento de Escolas de

ASSUNTO: Pedido de Autorização para Preenchimento de Questionários pelos Docentes do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico do Agrupamento.

Eu, Daniela Henriques Lopes, Educadora de Infância, encontro-me presentemente em fase de elaboração de uma dissertação para a conclusão do Mestrado em Ciências da Educação, no Instituto Superior de Educação e Ciências, localizado em Alameda das Linhas de Torres, 179, Lisboa – Especialização em Educação Especial, domínio cognitivo e motor, cujo tema é “Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção” e tem como principal objetivo perceber quais as perceções, estratégias que os docentes têm sobre os comportamentos perturbadores de crianças com PHDA. A Orientadora da presente dissertação é a Professora Dra. Sofia Campos.

Para realizar este trabalho, é necessário a criação de uma amostra que viabilize análises estatísticas e possa ser significativa, heterogénea e a mais representativa possível. A técnica de recolha de dados que se presente utilizar será o inquérito por questionário. Todos os dados recolhidos durante o presente estudo serão tratados de forma confidencial e apenas com objetivos estatísticos. Os resultados obtidos serão postos à disposição quando solicitados pelos interessados.

Tendo em vista o desenvolvimento deste estudo, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para que possa ser aplicado o referido questionário aos professores supra mencionados pertencentes a este agrupamento. Para qual esclarecimento, o meu endereço de e-mail é o seguinte: danielalopes_86@hotmail.com e o contacto: 966152927.

Com os melhores cumprimentos, e elevada consideração.

/Daniela Lopes/

Atenciosamente pede deferimento

A docente

**ANEXO IV - Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº
0518200002**

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0518200002, com a designação *Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*, registado em 01-12-2015, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Daniela Henriques Lopes

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vítor Pedroso

Diretor-Geral

DGE